La distribución asimétrica de casos de COVID-19 y su relación con las redes 5G



Estudio de los mecanismos causales
TEORÍA AMBIENTAL

Bartomeu Payeras i Cifre

ESTE ESTUDIO ACTUALIZA EL ANTERIOR

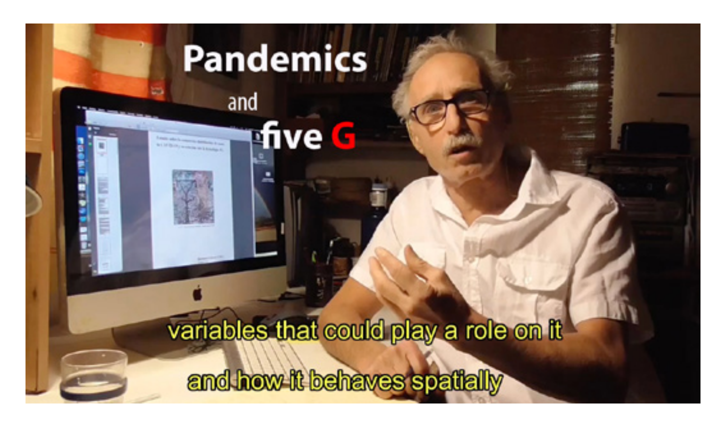
Actualizado: 1 julio 2021

PDF: 5GREM V

* El autor solo se hace responsable de la última actualización..
* Se permite la reproducción total o parcial citando la fuente.

Consulte la última versión en el enlace situado en la descripción de los siguientes videos en Bitchute:





Subtítulos en inglés: Bartomeu Payeras. Pandemics and fiveG
https://www.bitchute.com/video/ttNuBkX4Jx3E/
Subtítulos en frances: Bartomeu Payeras. Pandémie et CinqG
https://www.bitchute.com/video/dmeJWeoXTpwe/
Video en español: Bartomeu Payeras. Pandemia y 5G.
https://www.bitchute.com/video/aNhvfySVScpu/

GRATUIDAD
Apreciado lector/a:
Mi intención ha sido que este estudio le pueda ser útil. Redactar este documento me llevado más de 2.000 h. de trabajo. Sin embargo, se lo cedo gratuitamente, pero a cambio le voy a pedir algo. Se trata de que en la medida de sus posibilidades, ponga en circulación el valor que usted le de a este documento. Lo puede hacer de una forma material con algún ingreso económico a alguna institución para el desarrollo sostenible, ayudando a la naturaleza a que luzca su esplendor o, ayudando a quien lo necesite;

Portada: d 1077 *Metamorfosi perimetral.* 1991. Autor: Tomeu Lamo

La distribución asimétrica de casos de COVID-19 y su relación con las redes 5G

Estudio de los mecanismos causales.
Teoría Ambiental.

Bartomeu Payeras i Cifre. Biólogo
14 abril 2020- 1 julio 2021

Cuando eliminamos la solución lógica a un problema,
lo ilógico, aunque parezca imposible,
es invariablemente cierto.

Sherlock Holmes

La distribución asimétrica de casos de Covid-19 y su relación con las redes 5G. Estudio de los mecanismos causales. Teoría Ambiental.

Autor: Bartomeu Payeras i Cifre (1)

Fecha: 1ª edición 14/abril/ 2020
actualizado 1/julio/2021

Resumen

Este estudio demuestra por primera vez en el mundo una clara, contundente e irrefutable correlación entre la incidencia de Covid-19 y la ubicación de redes 5G. Analiza las características de esta relación y los factores que pueden influir. Investiga la causa-efecto y formula una hipótesis sobre cuáles son y cómo actúan los agentes causantes del Covid-19.

- El objetivo previo es constatar si existe o no dicha correlación. Para ello, en la Parte 1.1 analizamos un estudio epidemiológico entre la implantación de las redes de tecnología 5G y casos de Covid-19, calculando la probabilidad de que esta coincidencia se dé por azar.
- En la Parte 1.2 se representa esta correlación a nivel gráfico, se estudian las características de esta correlación y también de las REM 3G y 4G.
- En la Parte 1.3 se analizan diversos factores que consideramos que pueden influir, algunos de los cuales han sido apuntados fuertemente por los medios de comunicación de masa, otros, como las vacunas; y el de la asistencia sanitaria, ignorada tan solo su existencia.
- En la Parte II se realiza un estudio de los agentes causantes de la Covid-19, mecanismos de acción, e hipótesis de transmisión y contagio. Se formula y desarrolla la Teoría Ambiental.
- En la parte III se enumeran las conclusiones.
- En la parte IV se realizan propuestas para el tratamiento de la presente crisis, así como para la prevención de otras crisis semejantes.

Índice

- - -

Biografía del autor

Biólogo por la Universidad de Barcelona. Especializado en microbiología. Ha publicado trabajos de investigación. Trabajó e investigo en los laboratorios farmacéuticos Hubber en Barcelona con bacterias y virus de la viruela, Biograma para evaluar la actividad de la vitamina B12. Creó e investigó en el Departamento de Microbiología marina en el Laboratorio Oceanográfico de Palma de Mallorca. Miembro de la Sociedad de Historia Natural de Baleares. Análisis clínicos en Centre d'Anàlisis Clínics en Palma. Ingeniería genética: Intercambio episómico entre Paracolobacter y Citrobacter C-3 en Universidad de Barcelona. Análisis de la contaminación fecal en el lamelibranquio Venus verrucosa en el Puerto de Mahón. Bol. Soc. Hist. Nat. Baleares, 23(1979) págs. 163-169. Estudio de la contaminación bacteriana en el Puerto de Mahón. Tomo XIX Año 1974. Instituto Español de Oceanografía, boletín nº 203 1975: Estudio de la contaminación bacteriana en el puerto de Mahón. Influencia de las condiciones ecológicas del mismo. Profesor de matemáticas, física y química y biología en IEM de Mallorca. Descubrió el Código Dalí con el que éste encriptaba sus mensajes en sus cuadros.

A. Introducción

La pandemia de SARS-CoV-2 a principios del 2020 ha sorprendido a científicos y políticos. Cualquier estudio encaminado al conocimiento del fenómeno, y que como consecuencia pueda contribuir a esclarecer las causas y poder paliar así sus efectos, debería ser promovido y tenido en consideración en caso de que se realice.

Vivimos un momento científicamente apasionante por dos motivos. En primer lugar por la existencia de la "influencia" directas de los intereses económico sobre el sector científico. Y, por otra, que en relación a la cuestión investigada, el experimento no se realiza, como suele y debe ser previamente, en el laboratorio, sino que estamos asistiendo y siendo protagonistas pasivos y en directo de dicho experimento.

En trabajos científicos y las redes sociales se trata la citada correlación planteada en el enunciado. Llama la atención que en general, y al menos en España, ningún medio oficial se haya hecho eco del tema, a no ser para desmentirlo sin aportar ningún dato o prueba. Tampoco lo ha sido, o no ha trascendido, que los supuestos equipos científicos que asesoran a los gobiernos, hayan realizado alguna manifestación al respecto.

Cuando en un tema tan importante como este, todavía, ni políticos, ni medios de comunicación, ni médicos, ni científicos, tengan una respuesta sobre el por qué y el como, suele obedecer a que el enunciado o la hipótesis de partida es falsa. Y, en este caso, partimos de que se trata de una "pandemia por el coronavirus". Es por esto que, como medida profiláctica, partiré de cero; observando, analizando, y en función de ello sacar las conclusiones.

B. Material y métodos

Parte I.

Publicaciones científicas, estadísticas oficiales, informes de universidades, OMS, revistas médicas, conferencias de expertos en REM, etc. Afortunadamente el material estadístico oficial que diariamente se publica es una herramienta básica y valiosa de la que hemos hecho uso. Hay que hacer constar que en estas publicaciones, en general la metodología usada para el recuento de casos de COVID-19 no ofrece datos reales y científicamente fiables. En España y otros muchos países no se ha calculado el nº de "contagios" o de positivos, al no disponer de suficientes tests para dichos análisis y al no ser fiables dichos tests. Pero esto no altera sensiblemente el resultado de este trabajo, ya que está basado en el método comparativo, no absoluto, de contagios. Por esto, para evitar un error estadístico, optaremos por comparar el valor de densidad de casos confirmados de COVID-19 (expresado un índice = nº casos/1000 habitantes) en lugar de valores absolutos. Como que el criterio de recuento por las autoridades sanitarias dentro de un mismo estado o ciudad es el mismo, la comparación de los valores publicados para diferentes ciudades o regiones, serán estadísticamente igualmente fiables. Queda fuera de nuestro alcance la posible excepción de algún país poco transparente que pueda manipular u ocultar sus datos. En especial los datos procedentes de China, al no ser un estado democrático, implicado en el origen de las últimas pandemias y que ha cambiado varias veces

sus criterios de diagnóstico, merecen muy poca fiabilidad; por lo que no voy a entrar en el juego de su análisis detallado.

Parte II.
En base a los estudios realizados y los datos obtenidos, estudios de Universidades y publicaciones científicas realizo un análisis sobre cuales pueden ser las causas que motivan esta pandemia. Formulo las propuestas, descarto las opciones que no son compatibles con el desarrollo de esta pandemia y los resultados de esta investigación, selecciono las que sí son compatibles, y en base a ello formulo una hipótesis. Todo ello fundamentado en mis conocimientos de biología general, epidemiología, genética de poblaciones y epigenética.

- Los datos de cada esquema se han tomado el mismo día.

C. Terminología
- Sobre el título. Actualmente las bandas en que opera la tecnología 4G entran dentro del espectro usado por la 5G, con lo cual el límite es difuso. Por ello, el título debe ser tomado en el sentido de que al decir 5G, nos estamos refiriendo a bandas electromagnéticas de alta frecuencia usadas fundamentalmente en la telefonía móvil
- El término "índice " se refiere al valor del nº casos COVID-19/1000h
- Usaré "casos" en lugar de "contagios" para no incurrir en conceptos preestablecidos
- Usaré "pandemia" por el mismo motivo.
- REM = radiación electromagnética
- HEM= Huella Electromagnética
- CEM = campos electromagnéticos
- CCARS = Comité Científico Asesor en Radiofrecuencias y Salud en España
- ICNIRP = International Commission for non-ionizing radiation Protection
- GSMA = Global System for Mobile Communications
- 3GPP = Proyecto de Asociación de 3ra Generación
- CDC= Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (EE.UU.)
- SAR= Letras en inglés de Tasa de Absorción Específica.
- RBS= Estaciones Base de Radio

D. Bandas de frecuencia de radiación electromagnética
Bandas 3G, 4G, 5G.
La tecnología 3G utiliza la banda de 2.100 MHz, la 4G LTE (4G+) la de 2.600 MHz y la de 3.500 MHz es la banda que ha sido asignada recientemente para el uso en el despliegue del 5G. De hecho, la banda 3,4 – 3,8 GHz se considera como la banda principal para la introducción de servicios basados en 5G en Europa, incluso antes del año 2020. Esta banda se apoyará en los 700 MHz, los 1.500 MHz o los 26 GHz una vez sean licitados. (1)

La 5G NSA es también 5G
La 3GPP, entidad encargada de establecer los estándares de telefonía móvil, decidió enfocar



la transición al 5G en dos fases. Una fase inicial, más conocido como 5G NSA (5G no autónomo), que ofrece un mayor aprovechamiento de la infraestructura 4G; y la segunda fase, 5G SA (5G completo), que requiere de gran cantidad de hardware nuevo. NSA y SA utilizan el espectro destinado al 5G. El 5G NSA también es 5G, pero no cuenta con todas las ventajas (2). Ver siguiente esquema de fases de implantación 5G. En él vemos como 18 meses antes de llegar a la última fase ya se debe haber implantado el 5G NSA que también es 5G y que opera con el 4G optimizado.

La 4G LTE (4G+) opera dentro de la banda 5G

En último informe de CCARS (Comité Científico Asesor en Radiofrecuencias y Salud en España) en base a las directrices de ICNIRP (International Comission for non-ionizing radiation Protection) del 13 febrero del 2020 leemos lo siguiente: La nueva red 5G será más eficiente que la red 4G si bien la naturaleza física de los CEM no diferirán substancialmente en ambos sistemas. Ls bandas de frecuencias identificada por la CE como prioritarias para el despliegue de 5G son las de 700 MHz, 3,5 GHz y 26 GHz. Inicialmente, 5G operará de forma conjunta con la red 4G existente, antes de evolucionar hacia una red totalmente autónoma e independiente de la 4G. (3). Ver gráfico A5-C.

Hasta que no despliegan la 2º fase (5G SA), no se publicita oficialmente el despliegue de 5G y no se inserta en la web ookla 5G map, que reproduce todas las redes 5G del planeta y que se actualiza cada 7 días. Todo ello puede inducir a confusión y desinformación a la hora de poder afirmar que en un determinado país existen los CEM propios de las REM de la 5G. Pero con lo dicho ya queda claro que la primera fase opera dentro de la banda de 5G y que los CEM de 4G LTE son similares a la 5G.

Por todo lo anterior, es lógico que se genere confusión a la hora de valorar si una ciudad, región o estado dispone de tecnología 5G para los teléfonos celulares. No basta que nos fijemos

solamente en si se finalizado y se ha publicitado la inauguración de la red 5G; ya que meses antes ya se utizan frecuencias que entran dentro del aspecto de la 5G.

(1) https://blog.repetidoresmoviles.com/bandas-del-5g-4g-3g-y-2g-en-espana-frecuencias-telefonia-movil-de-cada-operador/
(2) https://www.xataka.com/moviles/que-significa-que-existan-dos-tipos-5g-diferencias-compatibilidades-5g-nsa-5g-sa
(3) http://ccars.org.es/publicaciones/documentos-elaborados-por-el-ccars/229-informe-del-ccars-sobre-5g-y-salud

E. Países con 5G

Para poder calcular la relación numérica entre los casos de COVID-19 y países con 5G, debemos en primer lugar saber cuantos países tienen esta tecnología. Por lo que acabamos de anotar y a pesar de la supuesta enorme cantidad de información, es difícil saberlo con precisión, ya que a veces las operadoras lo dan por hecho cuando está en fase de pruebas o en previsión de contratos, o lo contrario; que no se publicita hasta no finalizada la segunda fase. Una cosa es la puesta en servicio oficial y otra es que la instalación esté ya realizada y operativa en una primera fase 5G NSA; ya sabemos que antes de que en un rascacielos se inaugure, la infraestructura eléctrica meses antes debe estar ya instalada. Además. hay que tener en cuenta que para estudiar sus efectos, no es lo mismo que 5G esté implantada desde septiembre del 2018 como es el caso de San Marino, que lo esté a partir de principios de abril 2020 como en Turquía; o que esté en moratoria desde enero de 2020 cuando la "pandemia" iniciaba sus pasos, que lo esté desde abril una vez iniciado los casos de COVID-19 como es el caso de algunos cantones de Suiza. Tampoco lo es que solo esté implantada en la capital como ocurre en Suecia que lo esté en todas las ciudades importantes como es el caso de USA. De todas formas necesitamos unas cifras para poder trabajar con ellas. Una página web muy útil, que actualiza los datos cada 7 días es: ookla 5G map (1)

Mientras que en abril había 19 países con 5G comercial (2), según informe GSMA elaborado para el Mobile World Congress del 24-27 febrero 2020, el 6 de marzo en el mundo ya había 24 países con conectividad 5G (3). Pero su implantación es rápida y continua con lo que los datos rápidamente quedas desfasados; a 21 de junio 2021 contamos 84 países (4).

La lista de países con presencia, pruebas, a 10 de mayo 2020, conectividad total o parcial son: Corea del sur (unas 90 ciudades) , Suiza (en 428 ciudades, desde principios de abril 2020 hay moratoria), Emiratos (en Bubai, Abu Dabi, Sarja y otras), Finlandia (unas 20 ciudades), Inglaterra (en 71 poblaciones), España (en 15 ciudades), Italia (mínimo 33 ciudades), Alemania (unas 50 ciudades), Japón (principales ciudades), Irlanda (alcanza a un 25% de la población), China (más de 50 ciudades), Rumania (tres importantes ciudades), USA (principales ciudades), Canadá (las 4 principales ciudades), Austria (129 municipios), Tailandia (en 77 provincias), Bélgica (unas 50 ciudades), Islandia, Luxemburgo, Turquía (Estambul, Ankara, Esmirna), Ecuador (Guayaquil y Quito y otras localidades), Arabia (más de 5.800 torres), Kuwait.

Francia cuenta con instalaciones (ver ookla 5G map) pero parece que no están en servicio. Rusia (con prelanzamiento en Moscú, Kazan, San Petersburgo). Suecia (solo en Estocolmo) Con Rusia, Suecia y Francia serían 27. Para efectuar los cálculos los haremos sobre 25 países con 5G con un supuesto error de +/- 2. Pero además, hay microestados con amplia cobertura de la 5G en su territorio: Mónaco, Andorra, San Marino, Singapur. Hong Kong, Baréin y Qatar. En Andorra, según la empresa Vodafone está a punto de desplegar la 5G de 1GB/sg y por tanto ya en su primera fase de utilizar la actual 4G adaptada que ya entra dentro de la banda inferior de la 5G, y por tanto suponemos en periodo de pruebas.

La lista de países 5G y de sus redes va cambiando constantemente, semanalmente la web de okkla 5G map va actualizando los datos por lo que es imposible estar constantemente rehaciendo los cálculos que presentamos. Es por esto que junto a los datos incorporamos la fecha en que están tomados. En el análisis de casos concretos utilizamos los datos actualizados.

(1) https://www.speedtest.net/ookla-5g-map
(2) https://www.xatakamovil.com/mercado/asi-esta-siendo-llegada-5g-a-19-primeros-paises-implantarlo-comercialmente
(3) https://www.muycomputerpro.com/2020/03/06/gsma-conectividad-5g
https://www.xatakamovil.com/mercado/asi-esta-siendo-llegada-5g-a-19-primeros-paises-implantarlo-comercialmente
(4) https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_5G_NR_networks

F. Una “extraña” “pandemia”. (Gráficos A1, A2, A3)
Ya de entrada vemos que hay algunos parámetros que no se ajustan a lo que se conoce sobre la difusión de una pandemia. Para analizarlo vamos a aplicar la misma rigurosidad científica con que va ser examinado este trabajo.

a. Una pandemia es la afección de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa. Esto implica admitir que hay una infección y por lo tanto un microorganismo causante; en este caso por el SARS-CoV-2.
b. Para poder demostrar científicamente la relación causal entre una enfermedad y el agente que la produce, debe cumplirse el Postulado de Koch, y en este caso no se han demostrado, no se ha purificado adecuadamente ni se ha aislado el virus causante pues de haberse realizado, se hubiera publicado su genoma completo y no de una parte.
c. La difusión del agente causante de una epidemia no entiende de fronteras administrativas, ya sean entre estados, provincias o ciudades.
d. Es muy extraño que la variedad genética del agente “agente causante” que se encuentra en el país de origen de la epidemia, no se encuentre en los demás países. En éstos se hallan otras variedades; lo que ha llamando poderosamente la atención de los científicos que han realizado el análisis genético. En el gráfico A3 reproduzco y comento brevemente el esudio *Phylogenetic network analysis of SARS-CoV-2 genomes*, publicado en PNAS el 28 abril 2020. (1)
Completaremos el análisis de esta cuestión en la Parte II.

(1) https://www.pnas.org/content/117/17/9241/tab-figures-data

G. Mapas con efecto retroactivo

En gran parte de esta investigación nos basaremos en comparar datos de territorios con y sin 5G. Sería muy fácil el hacerlo si se publicaran los datos de las ciudades y se grafiara en algún mapa o archivo los países o ciudades que están usando la tecnología 4G+ que opera con la misma banda de frecuencias que la 5G. Hay dos tipos de mapas que nos servirán de referencia. Uno, el procedente de la OMS y la Universidad John Hopkins con datos de muertos y casos de COVID-19; y otro, el de ookla 5g map que grafía las redes 5G sobre el territorio. Como ya hemos visto según la 3PGPP, organización internacional que regula la 5G, la primera fase de la 5G se denomina 5G NSA y ya es 5G; pero no se publicita en dicha web hasta que no se implanta la 2ª fase, la 5G SA unos 18 meses después como hemos visto en el anterior gráfico. Es decir, los mapas de ookla van atrasados respecto a la implantación de la 5G; y cuando colocan un punto de color rosado sobre una ciudad quiere decir que la 5G está en marcha pero no acabado su proceso; sin embargo, esta ciudade ya disponen de 4G+ o 5G NSA es decir ya reciben las REM propias de la 5G, tal como hemos descrito en el apartado D. (1)

Así por ejemplo, vemos que en Sudamérica se estaban incrementando los casos en diversos países que no tenían 5G, pero si vemos los mapas de 4 de junio 2020 (Gráfico A4) la cosa cambia. Mientras casi todo el mundo permanece o permanecía confinado, las compañías de telecomunicaciones han continuando implementando la 4G e implantando las redes 5G. (Gráfico A5 de Sudamérica, gráfico A5 en Francia y África y gráfico 1.2.30 de África-Sudáfrica)

(1) https://www.xatakamovil.com/conectividad/5g-nsa-no-falso-5g-entrevistamos-a-javier-garcia-director-red-vodafone

* * *


水

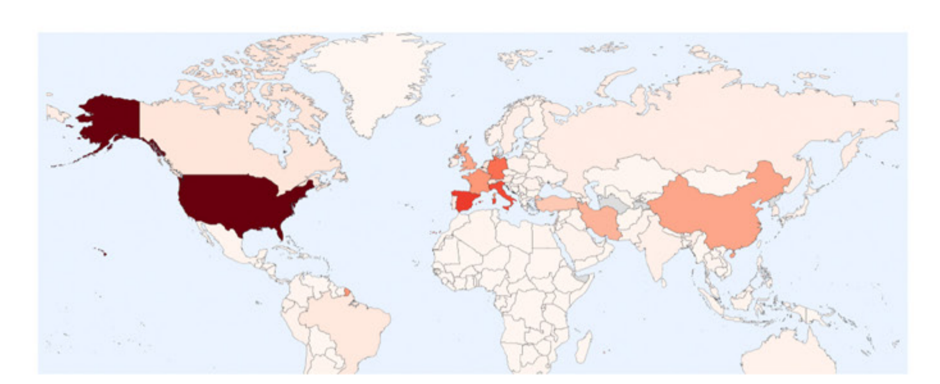
LA "PANDEMIA" en 4 FASES



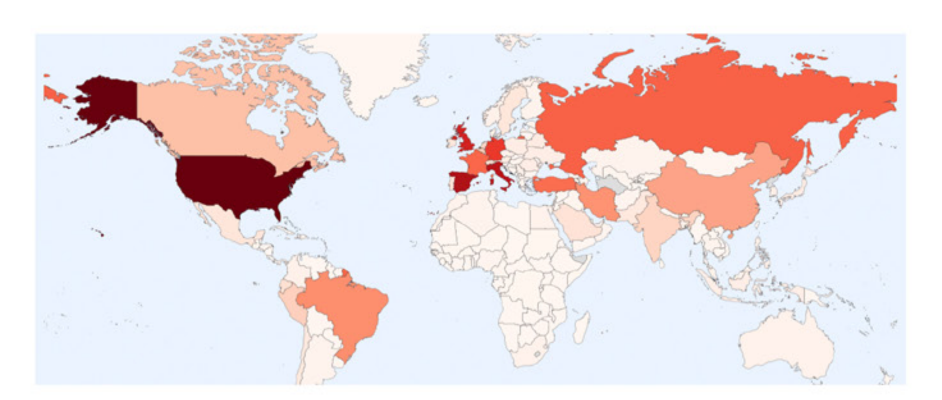
A **Expansión.** Contagios en los 5 continentes



B **Asimetría.** Asimetría de contagios en ciertos países

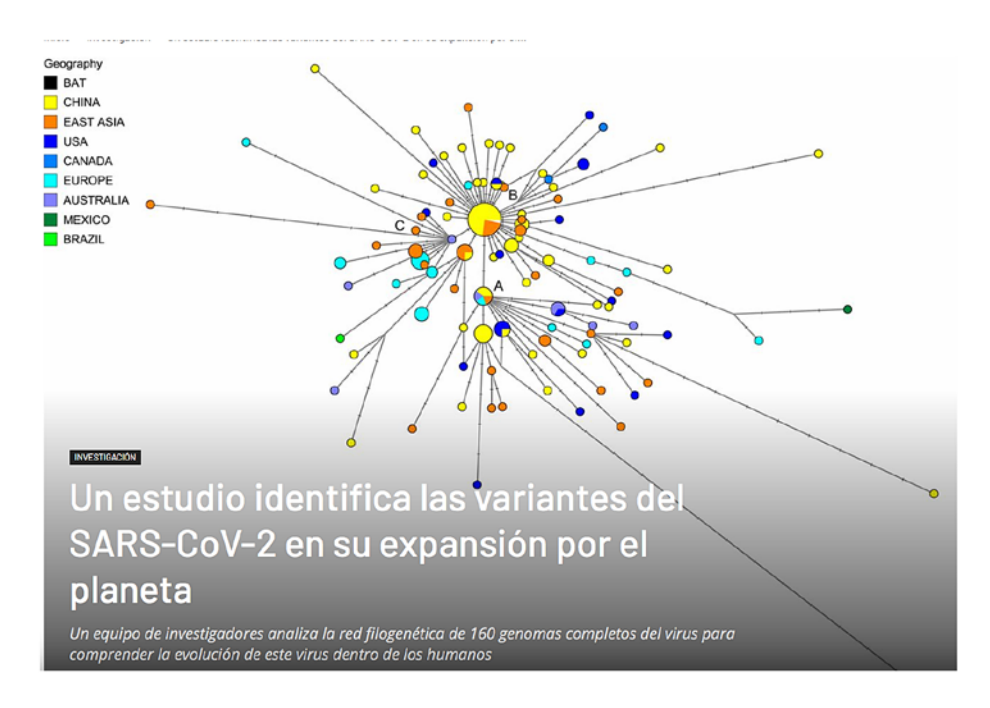


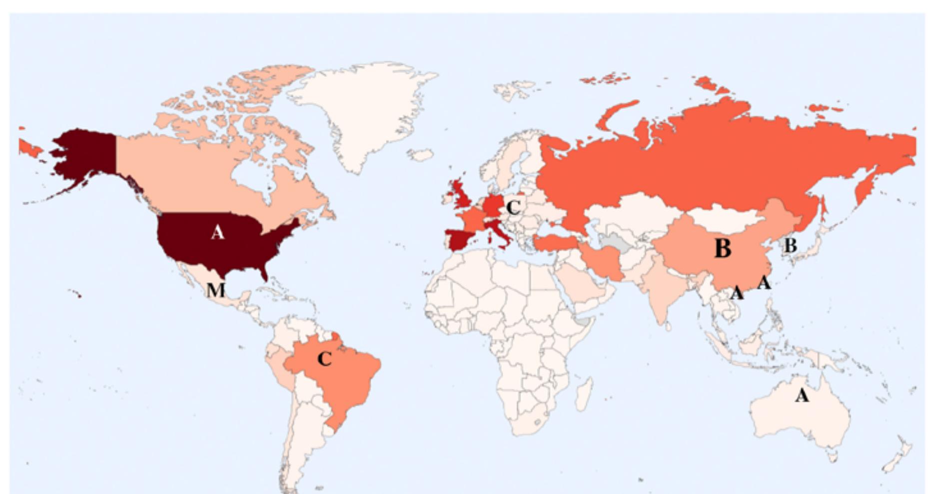
C **Potenciación.** Se incrementan los contagios en los mismos países, pero poco en China, Corea e Irán



D **Dos velocidades.** Mientras en China y Corea la incidencia se reduce, ésta sigue incrementándose en el resto de países

Distribución geográfica variantes del SARS-CoV-2

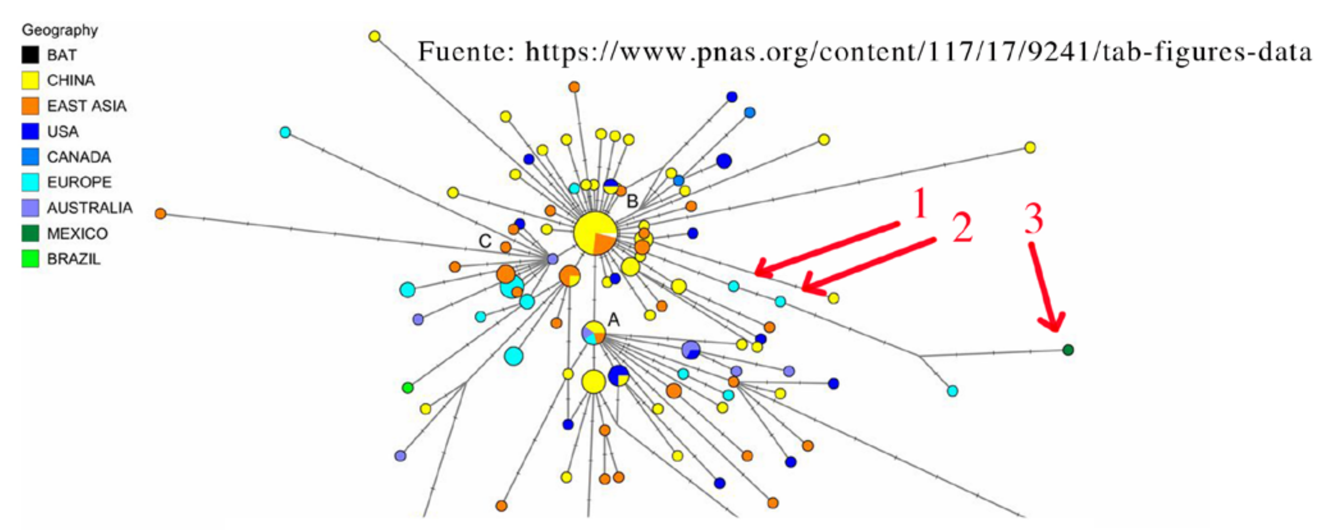




Se identificaron tres variantes genéticas A, B, C más una variante en México. Según señala el informe (1)...“es sorprendente que el tipo B ancestral esté monopolizado por los asiáticos orientales. En cambio, cuando sale de China hacia Europa, América o Australia, muta rápidamente a las variedades A y C”.

Observación: Tanto lo observado en estos gráficos como los anteriores (A1) no se corresponden con los modelos conocidos de una pandemia.

(1) Phylogenetic network analysis of SARS-CoV-2 genomes. Publicado por PNAS (Procceedings of the Academy of Saciences of the United States of America. 28 abril. 2020

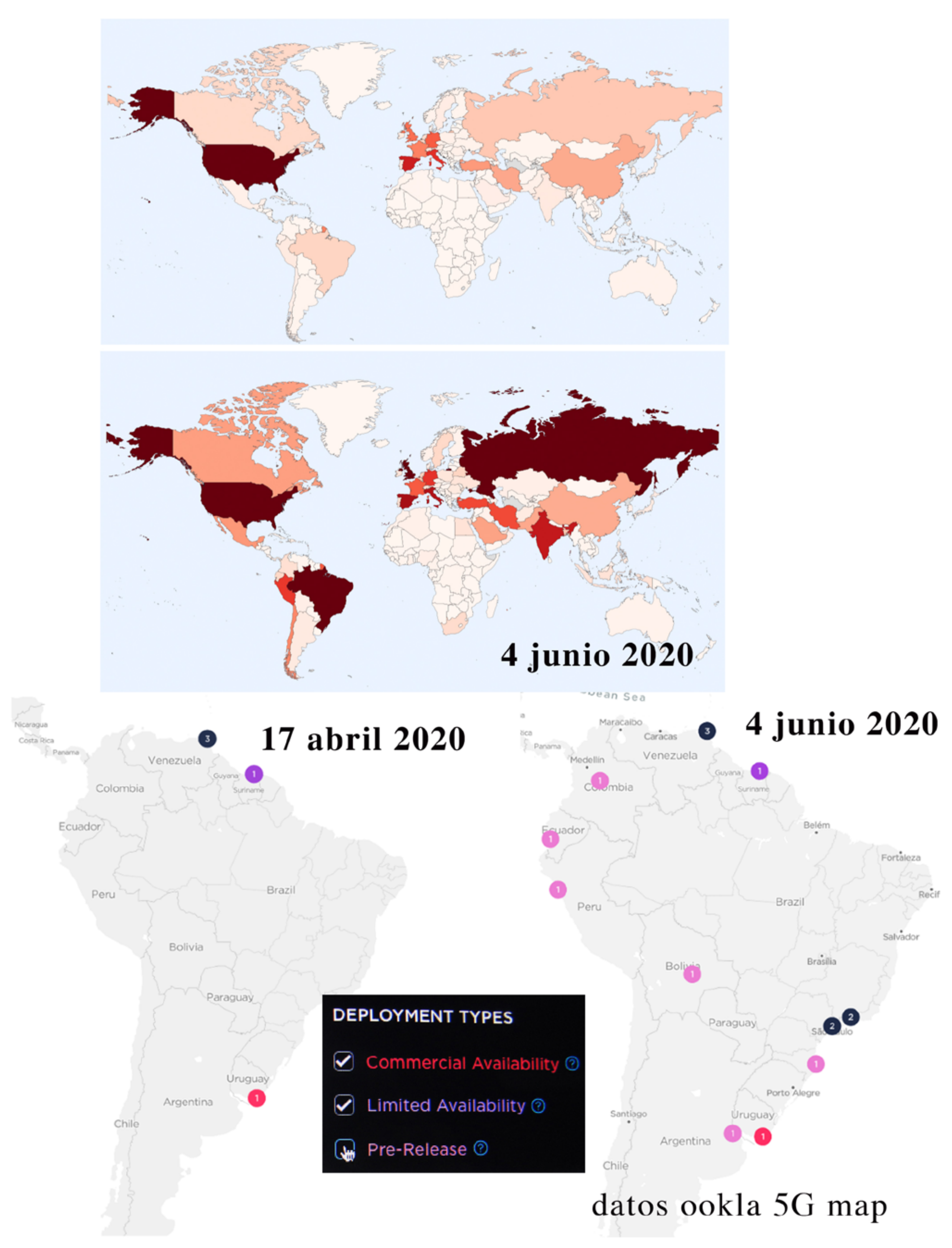


(1): paciente "0" alemán (contagiado por ciudadano de Shanguai). Contacta con italiano (2) que asu vez contacta con mexicano (3). El "virus" de China que es la variedad B pasa a México que es una variedad única.¡Diez mutaciones en un mes¡

El 25/febrero/2020, primer brasileño infectado después de una visita a Italia, y el algoritmo de red refleja esto con un vínculo mutacional entre un genoma viral italiano y su brasileño en el grupo C. En 2 meses el "virus" muta dos veces.

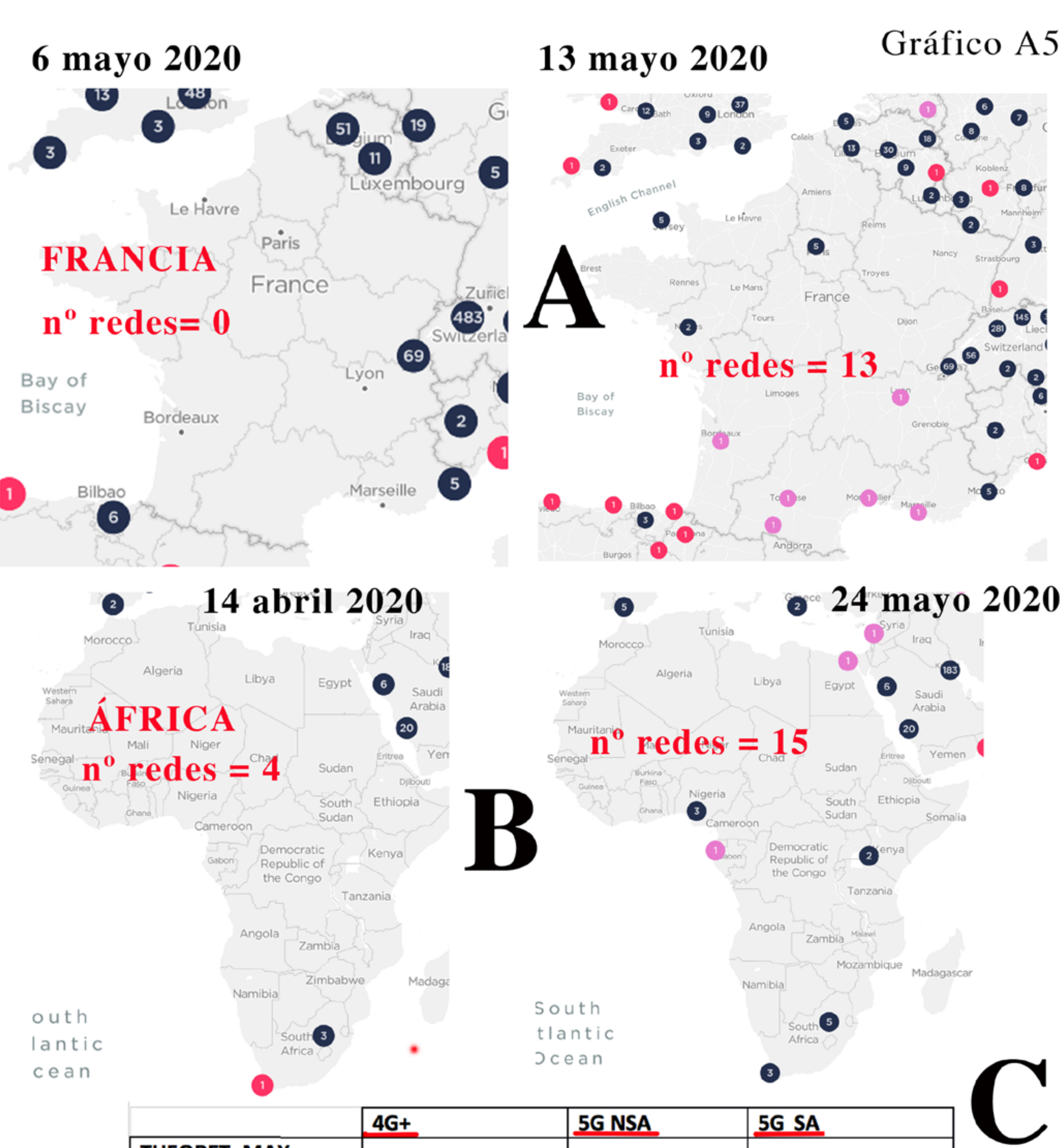
SUDAMÉRICA (Evolución)

Gráfico A4



Observaciones. Arriba: Primero se produce un aumento de incidencia de COVID-19 en Sudamérica y en otros países; luego aparecen en el mapa más redes 5G en estos países.

- Abajo: La primera fase de la 5G es la 5G NSA que se implanta 18 meses antes
- En el pre-lanzamiento ya se opera con 4G+ con la misma frecuencia de 5G.



	4G+	5G NSA	5G SA
THEORET. MAX. DOWNLOAD SPEED	Until 1Gbps	Until 2Gbps	At least 20 Gbps
THEORET. MAX. UPLOAD SPEED	Until 150 Mbps	Until 150 Mbps	Undefined
LATENCY	ca. 30 ms	ca. 15 ms	ca. 1 ms
IN MOBILITY, APPLIABLE QOS SPEED	Until 200 km/h	Until 500 km/h	Until 500 km/h
DENSITY CONNECTED DEVICES	Until 100,000.0 / km2	Until 1 million / km2	Until 1 million / km2
SPECTRUM	800MHz-Band: 60 MHz FDD 2.6GHz-Band: 120 MHz FDD + 50 MHz TDD	700MHz-Band: 3.7GHz-Band: 360 MHz TDD	700MHz-Band: 3.7GHz-Band: 360 MHz TDD
INFRASTRUCTURE	EPC architecture, Radio LTE	EPC architecture, Radio LTE/NR	5GNR architecture with core based network software



https://www.bitchute.com/video/ttNuBkX4Jx3E/

Parte I

Observación de la distribución espacio-temporal de la "pandemia" por Covid-19

Origen de la historia

Aunque el primer estado en instalar la 5G fue San Marino en septiembre del 2018. La historia de esta "pandemia" comienza en Wuhan.

- "Se describe la historia del desarrollo de la 5G en Wuhan (China), epicentro de la pandemia Covid-19. Wuhan es de hecho la primera ciudad inteligente 5G ("Smart City") en utilizar la primera autopista equipada con 5G, la señal que sirve para probar el funcionamiento de vehículos sin conductor. Aproximadamente 10.000 antenas 5G fueron instaladas y activadas en 2019 en Wuhan, de las cuales entre el 75% y el 80% fueron instaladas y activadas apenas dos meses y medio antes de finales de ese mismo año 2019. Los primeros casos de infección se detectaron en los primeros días de este período de dos meses y medio, y la epidemia se agravó drásticamente, provocando un aumento del número de casos y de muertes constatadas a finales de 2019."(1)

(1) Martin l. Pall. Rayonnement 5G et Pandémie Covid-19 : Coïncidence ou relation Causale?

1.1 Cálculos matemáticos que confirman la correlación entre la Covid-19 y la tecnología 5G

Solamente los cálculos realizados en las gráficos 1.1.1. y 1.1.2, son más que suficientes para demostrar la indudable relación.

1.1.1. Países con más casos de COVID-19 del mundo y tecnología 5G

La probabilidad de que de los 194 estados del mundo escojamos los 10 con mayor número de casos y 9 de ellos tengan 5G es de 1 entre 11.700.000. Gráfico 1.1.1-A.

1.1.2. Países con mayor índice del mundo y tecnología 5G

La probabilidad de que entre los 10 países con mayor índice los 10 tengan 5G, es de 1 entre 790.000.000. En el más conservador de los casos, si no contamos a Andorra, sería de 1 entre 11.700.000 (Gráfico 1..1.1-B). Similar a que a un español le toque la lotería (100.000 números) 117 veces, suponiendo que viva lo suficiente (datos a 6 mayo 2020). Hemos vuelto a tomar los datos el 31 de mayo del 2020 (Gráfico 1.1.1-C) y los resultados son similares: De entre los 12 países con mayor índice del mundo, 11 tienen 5G , y Andorra con red 4G+. Si tomamos 11 de entre los 12 la probabilidad de que esto se dé es de: 1entre 587.777.000. Y si tomamos 12 de 12 sería de 1 entre 47.680.000.000.

1.1.3. Países de Europa con mayor índice de COVID-19 y tecnología 5G

La probabilidad de que entre los primeros 20 países de Europa ordenados por su índice, 15 tengan 5G es de 1 entre 7.030. (Gráfico 1.1.2)

San Marino (1). ¿Qué probabilidad existe de que al escoger un determinado estado A, cumpla a la vez: Tener 5G, ser el primer país del mundo en implantarla y ser el que mayor índice del mundo presenta. La probabilidad es de 1 entre 37.636.

Otros datos: Sudáfrica (5G) a 29-mayo 2020 presenta un índice 16 veces superior al de los 4 países fronterizos del norte (no 5G). Singapur (5G) con un índice de 3,58 multiplica por 18 el índice de Malasia (no 5G) y por 80 el índice de Indonesia (no 5G) a 4 mayo 2020. Etc...

Estos datos por separado ya demuestran una clara e indiscutible relación entre los dos parámetros. Y si le sumamos que se cumplen a la vez la relación es todavía más incuestionable. Al ser tan abrumador los resultados de la relación estudiada, la inclusión o no de Francia o Suecia no es significativa a la hora de la valoración global.

(1) https://www.xatakamovil.com/conectividad/san-marino-se-convierte-primer-pais-europeo-5g-gracias-a-tim-noki

I.2 Representación gráfica e interpretación de la asimetría

Tanto entre estados, países, regiones, comarcas o ciudades, se constata la asimétrica distribución de los índices entre áreas con y sin 5G

1.2.1 <u>Distribución asimétrica entre países contiguos con y sin 5G</u>

Observamos este fenómeno en los gráficos 1.2.6 (Canadá, EE.UU., México); 1.2.7 (Irán, Iraq, Turkmenistán, Afganistán, Pakistán); 1.2.7 (Portugal, España, Italia, Grecia): 1.2.8 (Ecuador, Colombia, Perú). En todos ellos se cumple que los países con 5G tienen valores muy superiores a sus vecinos sin 5G ; o como Canadá, con menos 5G que USA y menor incidencia de Covid-19.

1.2.2 <u>Distribución asimétrica interna en países con ciudades con y sin 5G</u>

<u>Es una "norma" general no facilitar datos de las ciudades. Observamos este fenómeno en los siguientes gráficos: 1.2.12 (España). 1.2.13 (Italia); 1.3.6 (EE.UU). 1.2.11 (Australia).</u>

1.2.3 <u>Distribución asimétrica interna en provincias, con ciudades con y sin 5G</u>

Lo observamos en gráfico 1.2.2 (Perú). Gráfico 1.2.2 (Cataluña). 1.2.4, 1.2.5, 1.2.26, (Andalucía). 1.2.32 (Sudáfrica). nota: en Perú a 3 de junio los datos han variado (Ver Anexo 1)

1.2.4 <u>Distribución asimétrica interna en ciudades, en barrios con y sin 5G</u>

Lo observamos en Nueva York (gráfico 1.2.14), Barcelona (gráfico 1.2.14, 1.2.24 y 1.2.25) en Madrid (gráfico comunidad 1.2.5)

1.2.5 "<u>Efecto frontera</u>".

Se trata de la drástica diferencia observada del índice entre países que comparten frontera donde uno tiene 5G y otro no. Lo hemos registrado entre USA-México-Cuba (gráfico 1.2.6).

Ecuador-Colombia-Perú (gráfico 1.2.8). Portugal-España (gráfico 1.2.7). Italia-Grecia (gráfico 1.2.7). Irán-Irak-Paquistán-Turkmenistán (gráfico 1.2.7, Italia-Croacia (gráfico 1,2,17), China y países vecinos (gráfico 1.2.8)..

1.2.6 Efecto dilución – concentración

Otra de las características de esta “pandemia” es que el índice de las ciudades con 5G es superior al de las provincia a la que pertenecen, produciéndose un efecto de disolución de los datos de la capital en los de su región. Lo comprobamos en el caso de Sevilla y Málaga, Provincia de Guayas en Ecuador y Barcelona en Cataluña. También se observa en Nueva York. Ignoro la causa de por qué no se publican de datos de muchísimas ciudades, en contraposición de otros muchos datos publicados, lo que dificulta el estudio de más casos. Es precisamente en el estudio de los microestados, en que ya no se puede esconder los datos, donde se evidencia nítidamente esta “concentración” aludida.

1.2.7 Análisis en microestados

Resulta muy interesante y esclarecedor el análisis de los que pasa en los microestados. Su escaso territorio, y en muchos, su elevado nivel económico, hace que en caso de que dispongan de tecnología 5G, ésta abarque la mayor parte del territorio. Provocando que se acentúen las diferencias entre los índices de microestados con 5G y sus vecinos que no la tienen instalada, o incluso si la tienen operativa. Son los casos de San Marino, cuyo índice es 5 veces más alto que Italia. Andorra, 5 veces más que Francia. Mónaco, 9 veces más que la región francesa más próxima. Singapur, 18 veces más que Malasia y 80 veces más que Indonesia. Hong Kong, el doble que China y Macao. En cambio en Liechtenstein sin 5G presenta valores intermedios entre regiones de dos países vecinos. Ver gráficos 1.2.17, 1.2.18, 1.2.19, 1.2.21, 1.2.22. Vean también como las redes se concentran en las zonas urbanas y de paso ver los datos de Baréin y Qatar (gráfico 1.2.20), lo que explica que el 1/agosto/2020 se situaran como líderes mundiales en casos/1000h.

1.2.8 Tres experimentos en España

A. Segovia.

El Gobierno español concedió ayudas de 20 millones de eu. para pruebas pilotos de tecnología 5G (23-2-2018), con el objetivo de impulsar proyectos del sector privado para situar a España entre los países más aventajados en esta tecnología. Las ciudades elegidas fueron Segovia y Talavera(1).

Como no se han publicado los resultados de estos experimentos piloto, hemos de conformarnos con los datos de la actual “pandemia” por si puede haber alguna relación o, que los resultados desmientan la hipótesis de este estudio.

Indices a 9 de abril 2020, España: 3,24. Comunidad de Castilla y León (sin Segovia): 3,48. Segovia (provincia): 9,55. No se publican los datos de la capital, pero por lo hemos visto, es muy probable que sean muy superiores. Gráfico 1.2.16. A punto de cerrar esta actualización se publican los datos de la variación de muertes de las 50 provincias españolas con respecto a las

21 primeras semanas del 2020. La que más incremento presenta es Segovia con un 94,73%. Aquí tenemos pues uno de los resultados del experimento. (2)

B. Talavera. No se publican los datos estadísticos.

C. Soria.
En Matanza de Soria, un pequeño pueblo de 37 habitantes a unos 55 Km de la capital se aprobó poner en marcha una prueba piloto con tecnología 5G (3). Nos queda por saber el emplazamiento de las antenas para llevar la 5G a dicho pueblo. A falta de estos datos, expongo los que tenemos. Índices a 7 de mayo 2020. España: 4,85. Comunidad de Castilla y León: 7,5. Soria (provincia) 20,84. Como es habitual no se publican los datos de la capital; pero suponemos, por el efecto de la dilución del índice de la capital, que son escandalosamente altos.

(1) https://www.youtube.com/watch?v=7j_JxjSJ9Lg&fbclid=IwAR05GAyywMgbfOqWsbIkV3ZqJ0XQc7Cf0G7sS3l3D7bkmac1b36EdDnSm00
(2) https://www.abc.es/sociedad/abci-cuatro-provincias-espanolas-reducido-numero-muertes-pese-coronavirus-202006041119_noticia.html
(3) https://www.abc.es/espana/castilla-leon/abci-pueblo-soria-37-vecinos-laboratorio-para-tecnologia-201911081755_noticia.html

1.2.9 Radiaciones electromagnéticas 4G-5G

A. Es Mercadal

Ya hemos dicho, que si bien en el título de este estudio figura "5G" lo que en realidad estudiamos, es la interacción entre las REM de frecuencia más alta que actualmente se utilizan.

Cuando el Gobierno Balear publicó los datos de COVID-19 por localidades, se comentó que el pueblo de Es Mercadal en Menorca era el que mayor índice de la isla presentaba (3,97), sin que nadie supiera el porqué. Estamos hablando de una población de 5.038 habitantes, que sin ser elevada ya puede dar bastante fiabilidad a los resultados.

Observando el gráfico 1.2.23 tenemos una probable explicación. A 1.500 m del pueblo se halla la única elevación de la isla, el Monte Toro de 358 m. de altura, que es donde se ubica un bosque de antenas de todo tipo. El índice de Es Mercadal es 5,29 veces más alto que la media de los demás los 7 pueblos de Menorca. Este ejemplo es muy importante, porque nos recuerda que todos los estudios epidemiológicos que hasta ahora se han hecho sobre las REM, lo han sido relacionando diversas enfermedades humanas con las radiaciones que hasta ahora recibíamos, y que son de menor frecuencia que las que utiliza la tecnología 5G. Recordemos también que en la carga de radiación influyen la distancia, a la frecuencia de la radiación y al tiempo de exposición. En este caso es obvio que la distancia y el tiempo de exposición son factores destacados. Además, como ya hemos dicho, que si bien en el título de este estudio figura "5G" hay bandas de frecuencias de 4G que se solapan con las 5G. Es un test excepcional

por coincidir varios factores: el ser un sistema cerrado sin influencia externa, como si de un laboratorio se tratara, a poca distancia del foco emisor y con otros 7 pueblos a mayor distancia del foco para poder comparar; una especie de otro “San Marino”. Acabado este tema, me pregunté insistentemente si se trataba de un caso esporádico o pudiera haber otros casos similares.

B. Barcelona y sus torres.
No muy lejos, en Barcelona encontramos otro ejemplo. Una extraña distribución asimétrica de los índices de los barrios, siendo actualmente los del centro los que presentan valores inferiores. La explicación nos la da la existencia de dos torres de comunicaciones sobre la ciudad; una de Norman Foster en Collserola a 445 m de altura, y otra de Santiago Calatrava sobre la montaña de Montjüic a 173 metros de altura. El resultado ya no sorprende. En el gráfico 1.1.24 vemos como los valores más altos se sitúan en las proximidades o rodeando al emplazamiento de ambas torres. Encontramos índices de hasta 37,2; lo que representa multiplicar por 5,4 los valores medios de Cataluña que son más o menos los mismos de los barrios más alejados de las torres. Recuerdo que 37,2 es más del doble del valor que presenta San Marino, el estado con el índice más alto del mundo. Urge por tanto el análisis de la radiación que emiten las antenas situadas en estas torres de comunicaciones y los efectos sobre el cuerpo humano.

Pero además, en Barcelona se ha producido un fenómeno raro y digno de mayor estudio. En la gráfica 1.2.25 podemos comparar dos mapas de índices de COVID-19, uno del 10 de abril 2020 y otro exactamente un mes más tarde. A simple vista vemos que nada tienen que ver uno con el otro, parecen de dos ciudades diferentes. Mientras que el primero guarda relación con la cobertura 5G; el más reciente, guarda más relación con el emplazamiento de las torres de telecomunicaciones. Antes de llegar a ninguna conclusión o lanzar alguna hipótesis, deberíamos saber dos cosa. Qué tipo de emisiones emanan de cada una de estas torres, y la cobertura actual del 5G en Barcelona; ya que durante el confinamiento el sector de la instalación de antenas ha seguido trabajando a destajo. Una hipótesis provisional sería: En caso de que a 10 de mayo de 2020 la 5G cubra la mayor parte de la ciudad, la diferencia de índices en barrios sería debido a la suplementación por el efecto causado por las emisiones de las dos torres de telecomunicaciones.

C. Granada.
Publicada ya esta investigación llovieron elogios y también críticas de todo tipo, incluso personales. Pensaron encontrar en Irán, Andorra y Granada, tres puntos débiles de que hacían desmerecer la fiabilidad del trabajo ya que presentan elevados índices y en cambio no figuraban en sus informaciones como zonas con tecnología 5G.

Bandas de frecuencia de REM
Bandas 3G, 4G, 5G.
La tecnología 3G utiliza la banda de 2.100 MHz, la 4G LTE (4G+) la de 2.600 MHz y la de 3.500 MHz es la banda que ha sido asignada recientemente para el uso en el despliegue del

5G. (1)
La 4G LTE (4G+) opera dentro de la banda 5G.
En último informe de CCARS (Comité Científico Asesor en Radiofrecuencias y Salud en España) en base a las directrices de ICNIRP (International Comission for non-ionizing radiation Protection) del 13 febrero del 2020 leemos lo siguiente: “La nueva red 5G será más eficiente que la red 4G si bien la naturaleza física de los CEM no diferirán substancialmente en ambos sistemas. Ls bandas de frecuencias identificada por la CE como prioritarias para el despliegue de 5G son las de 700 MHz, 3,5 GHz y 26 GHz. Inicialmente, 5G operará de forma conjunta con la red 4G existente, antes de evolucionar hacia una red totalmente autónoma e independiente de la 4G.” (2). Ver gráfico A5-C

	April 26th, 2020	May 26th, 2020
Almería	0.73	1.07
Cádiz	1.00	1.26
Córdoba	1.78	2.22
Granada	2.67	3.53
Huelva	0.79	1.01
Jaén	2.23	3.01
Málaga	1.84	2.68
Sevilla	1.31	1.62

(nº = índice= casos coronavirus/1000h)
En el gráfico 1.2.26 representamos estos índices. El incremento porcentual en 30 días es similar en las 8 provincias de Andalucía. Almería, Cádiz y Huelva destacan por la parte inferior. Córdoba, Granada, Jaén, Málaga y Sevilla presentan valores superiores, destacando Granada con valores más altos. En el mismo gráfico reproducimos las 15 ciudades españolas en que Vodafone tiene implantada la 5G a 20 de abril del 2020. La misma compañía incorpora a finales de mayo 6 ciudades, ninguna en Andalucía. Adjuntamos el mapa de cobertura móvil 4G+ de Vodafone en Andalucía. A menos de que este gráfico sea erróneo, vemos que en la cobertura 4G+ Granada destaca con cobertura alta y muy alta. Y como ya sabemos que la tecnología 4G+ opera en la banda de frecuencias de la 5G, la respuesta es obvia.

En *Granada Hoy* leemos:
“Las antenas para telefonía móvil ‘Made in Granada’ lideran el sector.
...Con esta inversión ESB Sistemas se posiciona como el mayor fabricante europeo en este tipo de sistemas pudiendo dar soluciones completas a todos los operadores de telefonía a nivel mundial. En estas nuevas instalaciones, se fabrican sistemas de antenas para telefonía móvil mimetizadas de la familia Ecosite. Además, ESB piensa en ampliar las instalaciones montando un área de showroom de sistemas Rfid (identificación por radiofrecuencia) en la que se podrán hacer réplicas de instalaciones y proyectos que sus clientes soliciten. Con esta tecnología, se dará solución a muchas necesidades en el sector de IoT e Industria 4.0 para los clientes” (3).
El sector “loT” significa “internet de las cosas”.

Sistemas Rfid: El propósito fundamental de la tecnología RFID es transmitir la identidad de un objeto (similar a un número de serie único) mediante ondas de radio. Las etiquetas RFID (RFID tag en inglés) son unos dispositivos pequeños, similares a una pegatina, que pueden ser adheridas o incorporadas a un producto, un animal o una persona. O sea que no se usan para enviar información o descargar archivos, sino para identificar personas. (Wikipedia). Es de pura lógica que esta fábrica situada a unos 15 Km de Granada no utiliza las REM anteriores a la 3G para sus experimentos. Actualización 14 febrero 2021: En la web **ookla 5G map** ustedes pueden comporbar que en Granada hay instaladas dos redes comerciales 5G. Esto significa que como mínimo 18 meses antes (agosto 2020) ya operaba la 5G NSA. Dando así credibilidad a lo que acabo de publicar aunque las pruebas lleguen con 18 meses de retraso.

(1) https://blog.repetidoresmoviles.com/bandas-del-5g-4g-3g-y-2g-en-espana-frecuencias-telefonia-movil-de-cada-operador/
(2) http://ccars.org.es/publicaciones/documentos-elaborados-por-el-ccars/229-informe-del-ccars-sobre-5g-y-salud
(3) https://www.granadahoy.com/granada/antenas-telefonia-Granada-lideran-sector_0_1250575163.html

D. Andorra

Otro caso con división de opiniones. Según "ookla 5G map", Andorra no figura entre los estados con 5G, por lo que al incluirla en este trabajo como microestado con 5G para algunos resultaba incoherente. No es cierto, ya que en los gráficos hemos indicado 4G+ y discriminado su inclusión en los cálculos. Pero la empresa Andorra Telecom ya ha anunciado el estreno de esta tecnología,

Otra vez tenemos que recordar lo que dijimos al inicio el apartado Bandas de frecuencia de radiación electromagnética y lo que acabamos de exponer. Que la 4G LTE (4G+) opera dentro de la banda 5G
Bandas 3G, 4G, 5G. Que en el último informe de CCARS en base a las directrices de ICNIRP del 13 febrero del 2020 leemos lo siguiente: "La nueva red 5G será más eficiente que la red 4G si bien la naturaleza física de los CEM no diferirá substancialmente en ambos sistemas... Inicialmente, 5G operará de forma conjunta con la red 4G existente, antes de evolucionar hacia una red totalmente autónoma e independiente de la 4G."
Que la 5G NSA es también 5G: La 3GPP, entidad encargada de establecer los estándares de telefonía móvil, decidió enfocar la transición al 5G en dos fases. Una fase inicial, más conocido como 5G NSA (5G no autónomo), que ofrece un mayor aprovechamiento de la infraestructura 4G; y la segunda fase, 5G SA (5G completo), que requiere de gran cantidad de hardware nuevo. NSA y SA utilizan el espectro destinado al 5G. El 5G NSA también es 5G, pero no cuenta con todas las ventajas.

El gráfico A5-C reproduce las fases de implantación 5G. En él vemos como 18 meses antes de llegar a la última fase ya se debe haber implantado el 5G NSA que también es 5G y que opera

con el 4G optimizado.
Según declaraciones del director de Telecom el 26 septiembre 2019: (1)
- El director de Andorra Telecom, Jordi Nadal, ha anunciado durante la celebración de la Jornada Empresa que el despliegue de la red de 5G de telefonía móvil comenzará el verano del próximo año [2020] con una prueba piloto en el núcleo urbano formado por Andorra la Vella y Escaldes-Engordany. Durante la conferencia, el director de la operadora explicó que en una primera fase se utilizará la misma central de 4G adaptada para permitir la conexión de las nuevas antenas 5G y los dispositivos de móvil preparados para operar que, en una segunda fase, se pasará a una central de telefonía 5G.

Desde el punto de vista de las infraestructuras, el director general de Andorra Telecom también se refirió a la red de Internet de las Cosas (IOT en sus siglas inglesas), explicando que ya se disponía de cobertura de la red Lora a todas las parroquias. Esta red permite la monitorización con sensores que transmiten muy poca información, que operan desde lugares remotos y con una batería de larga duración. Nadal ha informado de que Andorra Telecom comenzará a comercializar en breve servicios sobre esta red. Entre los usos, ha hecho mención explícita a la medición de los niveles de líquidos de una cuba o alarmas de temperatura en lugares remotos.

Para poder desplegar la red el verano del 2020, 18 meses antes ya han de disponer la 5G NSA, que como hemos visto opera dentro de la banda de 5G. Para confirmar este efecto retroactivo vemos lo que declara el representante de Andorra Telecom Carles Casadevall el 7-febrero-2021: “Andorra Telecom desplegará la nueva tecnología de telecomunicaciones 5G en el país a partir del 2021. ..en estos momentos la compañía de telefonía está realizando diversas pruebas piloto pera implementar la tecnología de la forma más adecuada y con todas les garantías (2). Cuya traducción sería: Cuya traducción sería: Si a principios del 2021 debe inaugurarse la 5G en Andorra, 18 meses antes, cumpliendo los acuerdos de la 3GPP deben poner en marcha la 5G NSA que consiste en activar la 4G a 4G+ . Lo que nos lleva a que como mínimo en junio del 2019 ya se estaba activando esta primera fase. Cosa que se corrobora con las anteriores declaraciones.

¿Dispone Andorra de 5G NSA de 700 Mhz?
La propia compañía de telecomunicaciones Andorra Telecom ofrece internet a 700 Mbps. Ver anuncio (3).
¿Porque dicen que Andorra no tiene 5G?
Hasta que no finaliza la 2º fase, no se publicita oficialmente y no se inserta en la webs ookla 5G map. Pero ya queda claro que la primera fase opera dentro de la banda de 5G.

Andorra el pasado 8 de agosto 2020 tenía 12 casos/1000h. y ocupaba el 13º lugar en la lista mundial; a 14-febrero-2021 presenta 135 casos/1000h y se ha situado en 1º lugar en la lista. Esto no se debe a la casualidad, ¿cual es entonces la explicación? A mi modo de ver y en base a lo que expongo en este estudio en la Parte II solo puede haber dos posibles causas: O bio-

lógica, causada por un virus procedente de Wuhan, o por causa física. Me es imposible creer que el famoso virus tenga especial predilección por los tejidos pulmonares de los habitantes de Andorra; por el contrario, me inclino a pensar que en Andorra ocurre lo mismo que en otros muchos microestados. Así en Qatar, Barein, Singapur, Mónaco, Honk Kong, San Marino...el efecto de las nuevas tecnologías 5G unido a que están desplegadas en un territorio reducido aumentan su incidencia.

(1) https://www.andorratelecom.com/ca/noticies//andorra-telecom-comencara-a-desplegar-la-telefonia-mobil-5g-l-estiu-vinent/
(2) https://www.bondia.ad/societat/la-xarxa-mobil-de-5g-es-comencara-implementar-lestiu-del-2020
(3) https://www.andorratelecom.ad/es/internet-a-casa/tot-l-any/internet

E. Irán.

Cito parte de un artículo de Il messaggero citando un artículo del New York times (1).
- "¿Por qué la pandemia golpea más fuerte (y aún más letal) en ciertas áreas del mundo, como Italia y los Estados Unidos, y perdona a otros, como muchos países africanos, por ejemplo?" El New York Times trató de responder a esta simple pregunta: "sabiendo que ciertamente ayudaría a las autoridades que luchan con medidas de contención. Pero no es fácil volver a la realidad. Tomemos la frontera entre Irán e Irak, en Zurbatiya. En el lado persa, está el epicentro de la epidemia, el más grave en el Medio Oriente; por otro lado, solo relativamente pocos casos. En Irán, señala el periódico estadounidense, murieron tantas personas (más de seis mil) que el país de los ayatolás tuvo que recurrir a los entierros en masa. Pero en el vecino Iraq, solo hay un centenar de muertes. ¿Por qué?"

Según los datos publicados en el gráfico 1.2.7 queda claro que su índice es muy superior al de sus países vecinos. Cosa que también se ha criticado sin argumentos que no disponía de tecnología 5G.

Si nos fijamos en el mapa de ookla 5G hasta ahora no veíamos ninguna ciudad iraní con despliegue de 5G, pero ya empiezan a desplegar redes en Teherán. Es de dominio público que el régimen iraní está confrontado, criticado y embargado comercialmente por EE.UU. El embargo tecnológico y los ciberataques a sus redes son continuos y se ha blindado al exterior. Irán facilita pocos datos sobre su tecnología.
Con una población de unos 82 millones. dispone de más de 90 millones de teléfonos celulares. Irán es una de las 11 naciones del mundo capaz de diseñar, construir y lanzar satélites al espacio y es, además, el único país activo en el campo de la fabricación de lanzadores de satélites en la región. La Agencia Espacial de Irán tiene planes para lanzar otros satélites, incluidos Pars-1, Pars-2, Zafar-2 y Nahid-2, los cuales orbitarán 500 kilómetros sobre la tierra. (2) (febrero 2020). Antes los lanzaba por medio de Rusia o China, con lo cual está consiguiendo su independencia tecnológica. Su independencia económica ya hace tiempo que la tiene, no

posee deuda externa, cosa que hoy en día es una excepción. Nos queda por preguntar si ésta le permite disponer de una red 5G. El sistema 5G que ha desarrollado es exclusivo y difiere del chino.

Veamos lo que dice el Gobierno iraní sobre el 5G el 14 de febrero de 2020.
- El ministro de Tecnología de Información y Comunicaciones de Irán informa que Teherán ha terminado los preparativos para lanzar el Internet 5G.
El titular iraní de Tecnología de Información y Comunicaciones, Mohamad Yavad Azari Yahromi, anunció el jueves que Irán iniciará la quinta generación de tecnologías de telefonía móvil, conocidas con siglas 5G, el próximo año del calendario persa que comienza a finales de marzo (1)
"Irán ha llevado a cabo todos los preparativos necesarios para lanzar el Internet 5G", indicó para luego matizar que los servicios de Internet súper rápidos impulsados por esta tecnología son una necesidad para las empresas iraníes (2).
A pesar de enfrentar un duro régimen de sanciones económicas estadounidenses, la República Islámica ha hecho grandes avances en la expansión de la cobertura de la cuarta generación de servicios rápidos de Internet, conocida como 4G, a casi todas las ciudades, pueblos y aldeas en todo el país.
La misma agencia de noticias, informa el 22 de julio que se han realizado con éxito las pruebas de lanzamiento de la tecnología móvil 5G (3)

Comentarios:
- Esto liga perfectamente en el detalle de la notica anterior de que los satélites que lanza son geoestacionarios de baja altura, como los Starlink los que se usan para la red 5G.
- Irán dispone de una compañía propia de telefonía que instala redes 5G: la MTN Irancell.
- Otro detalle en este sentido es que previamente ya tiene instalada la 4G en todo el país; que como ya sabemos usa la misma banda de frecuencia que la 5G.
- Y, por último: "el próximo año" ¡no se trata del próximo año 2021¡" el año iraní empieza en marzo, o sea en marzo del 2020 empezó su próximo año.
- Creo que con esto ya no hace falta insistir y justificar que los índices de casos de COVID-19 son superiores a los países que le rodean sin 5G.

(1) http://www.hispantv.com/noticias/ciencia/449905/iran-satelite-misiles-lanzamiento
(2) https://www.hispantv.com/noticias/ciencia/449152/iran-internet-5g-tecnologia
(3) https://www.hispantv.com/noticias/ciencia/472204/iran-prueba-tecnologia-5

F. El caso Vaticano
De unos 800 habitantes el 1/mayo/2020 se registraban 11 casos de Covid. Al ser tan escasa la población, cualquier variación del nº de casos se traduce en una mayor variación del índice; con lo que la fiabilidad estadística es baja. De todas maneras un alto índice debe tener alguna otra explicación. Con lo que hemos visto a lo largo de todo este estudio, una zona supuesta-

mente sin 5G enclavada dentro de una con 5G debería presentar menos casos de COVID-19. Pero en este caso es al revés: El Vaticano sin 5G (?) tenía un índice de 14,54 siendo enclavado dentro de Roma con un índice de 1,82 (gráfico 1.2.28). En primer lugar decir que no hay información oficial sobre si el Vaticano dispone o no de 5G; pero lo que o cabe duda es que en el Vaticano hay cobertura de 4G+ que opera dentro de la banda de 5G (ver cobertura 4G+ de Vodafone en Roma). De todas maneras, a 14/febrero/2021 todavía nadie se ha muerto por Covid-19 en la ciudad eterna. (1).

Recordemos que al inicio de este estudio ya dijimos que dentro de la banda de frecuencia que actualmente recibe la mayoría de la población esta la que utilizan la 3G, la 4G y la 4G LTE que van desde 800 MHz a 2.600 MHz. Esta última, la de mayor frecuencia, la usaban 5.000 millones de personas en septiembre del 2019. Además, el Wi-FI de doble banda en Europa va de 2,4 GHz a 5 GHz, con lo cual ya entramos sin saberlo dentro de la banda del 5G.

Recordemos que al inicio de este estudio ya dijimos que dentro de la banda de frecuencia que actualmente utilizan la 4G LTE entran dentro de la banda del 5G. Además, el Wi-FI de doble banda en Europa va de 2,4 GHz a 5 GHz, con lo cual ya entramos sin saberlo dentro de la banda del 5G.

Ha sido imposible averiguar si el Vaticano tiene o no 5G, pero sí he averiguado algunos datos interesantes. Entre las reformas impulsadas por el papa Francisco figura la de remodelar todo el sistema de comunicaciones; trabajo que fue encargado a la empresa Accenture Interactive (2). Empresa que también es responsable del diseño de nuevos logotipos y otros elementos de marca de los diversos canales de comunicación del Vaticano: Vatican News, Vatican Media y Radio Vaticana Italiana, garantizando así la coherencia entre la nueva identidad visual utilizada para el portal y sus redes sociales. Accenture Interactive tiene estrechos vínculos con Microsoft para promover la transformación digital (3). Todo ello, unido a que la Santa Sede para mantener contactos y relaciones con todo el mundo debe de disponer de una importante red de telecomunicaciones; y además, ubicadas en un espacio reducido. Con un diámetro unos 800m, hace que la distancia media entre dos puntos en su interior sea de unos 400m. Esto implica que en la ecuación de la carga de radiaciones recibidas, el tiempo y la distancia influyan decisivamente; como puede suceder en Es Mercadal o Barcelona.

(1) https://www.nperf.com/es/map/IT/3169070.Rome/230.TIM/signal/
(2) https://www.accenture.com/ar-es/company-news-release-el-vaticano-trabaja-con-accenture
(3) https://www.accenture.com/ar-es

1.2.10 Cruceros y portaaviones

"Los cruceros transportan a una gran cantidad de personas en espacios confinados con una mezcla relativamente homogénea. El 3 de febrero de 2020, se informó un brote de COVID-19 en el crucero Diamond Princess con 10 casos iniciales, luego de un caso índice a bordo al-

rededor del 21 al 25 de enero. Para el 4 de febrero, se implementaron medidas de salud pública como la remoción y aislamiento de pasajeros enfermos y la cuarentena de pasajeros no enfermos. Para el 20 de febrero, 619 de 3700 pasajeros y tripulantes (17%) resultaron positivos.", Así empieza el estudio realizado por J. Rocklöv de la Universidad de Umea en Suecia (1). Y concluye diciendo: "Las condiciones del crucero claramente amplificaron una enfermedad ya altamente transmisible. Sin embargo, la evacuación de todos los pasajeros y la tripulación al inicio del brote habría evitado que muchos más pasajeros y tripulación se contagien."Mostramos que una evacuación temprana de todos los pasajeros el 3 de febrero se habría asociado con 76 personas infectadas en su tiempo de incubación.

Un índice de 170 casos/1000h es un dato extraordinariamente alto y por tanto no puede ser ignorado en este estudio. Estamos hablando de una cifra que multiplica por 10 el índice del estado de San Marino a principios de mayo del 2020.
¿Que pasó en el Diamond Princess para que se dieran estas cifras? Para muchos, con lo publicado por la Universidad de Umea es suficiente; una infección seguida de confinamiento favorece los contagios y por tanto, el resultado está dentro de la lógica de las tesis oficiales de "pandemia por coronavirus". Pero dados los antecedentes y el tema de este estudio nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Tenía o tiene el Diamond Princess alguna tecnología con REM que pudiera influir en favorecer estos resultados? En ningún periódico informan que tuviera 5G, a menos que sea para desmentirlo o calificarlo de bulo o "fake news". Pero la respuesta nos la da la misma compañía Princess Cruises (2). La empresa ofrece cruceros con "habitaciones con Wi-Fi ilimitado rápido y confiable con sistema Medallion Net un nuevo estándar de velocidad para internet en alta mar. No se parece a nada que hayas experimentado en un crucero antes. Incluso mejor que el típico Wi-Fi de un hotel." Este sistema opera a velocidades superiores a 2,50 Gb/sg, mayores que la 4G +, lo que indica que su frecuencia está en la banda de la tecnología usada por la 5G (3).

Ya tenemos pues a los pasajeros del crucero confinados en el barco y en sus habitaciones desde el 3 al 20 de febrero sometidos durante días al Wi-Fi de alta frecuencia de emisión. Se estima que el aumento de contagios fue debido exclusivamente al confinamiento, y en esto coincido, pero se deja sin investigar o sospechar el efecto que pudo tener el sistema 5G modelo Medallion Net instalado en sus habitaciones de confinamiento. Quizás nos pueda aclarar el asunto el observar los casos de infecciones en otros cruceros sin 5G o alta tecnología como la actual. Cito la misma fuente de la Universidad de Umea: "La asociación de la incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en los pasajeros es estadísticamente significativa con la temporada, el destino y la duración del viaje. En febrero de 2012, se produjo un brote de enfermedad respiratoria en el crucero frente a Brasil, que resultó en 16 hospitalizaciones debido a un IRA grave y una muerte. En mayo de 2009, se produjo un brote dual de pandemia (H1N1) 2009 e influenza A (H3N2) en un crucero: de 1970 pasajeros y 734 miembros de la tripulación, 82 (3.0%) se infectaron con el virus de la pandemia (H1N1) 2009, y 98 (3.6%) con virus de influenza A (H3N2). Cuatro casos posteriores se relacionaron epidemiologica-

mente con los pasajeros, pero no se notificó evidencia de transmisión sostenida a la comunidad o los pasajeros en el próximo crucero. En septiembre de 2000, se informó un brote de una enfermedad similar a la influenza en un crucero que navega frente a la costa australiana con más de 1100 pasajeros y 400 tripulantes a bordo, coincidiendo con el período pico de influenza en Sydney. La morbilidad del crucero fue alta con 40 pasajeros hospitalizados, dos de los cuales murieron. Un total de 310 pasajeros (37%) informaron que padecían una enfermedad similar a la gripe."

El 15/abril/2020 el Gobierno francés informó que más de un tercio de los tripulantes del portaaviones nuclear francés Charles de Gaulle dieron positivo por coronavirus (668 de 1.767 tripulantes). La Armada EE. UU.el 18/abril/2020 informa que en el portaaviones nuclear Theodore Rooseveld unos 550 de 5.500 tripulantes dieron positivo de coronavirus (4). Con toda seguridad ambos con tecnología 5G y REM de alta frecuencia. En el primer caso un 38% de PCR+, y en el segundo un 10%.

A 30/abril/2020 más de 100.000 tripulantes de cruceros seguían confinados en barcos de todo el mundo. Sería muy interesante el estudio de como ha evolucionado la "pandemia" en estos "laboratorios" que los barcos y cruceros analizando la posible incidencia de las REM de alta frecuencia.

(1) https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.es&sl=en&sp=nmt4&u=https://academic.oup.com/jtm/article/27/3/taaa030/5766334&usg=ALkJrhgBaUsQsO0MVQOBZICRyE3vHQUhJw
(2) https://www.princess.com.ar/princess-medallionnet/
(3) https://www.xataka.com/basics/que-5g-que-diferencias-tiene-4g
(4) http://www.granma.cu/mundo/2020-04-19/confirma-eeuu-669-casos-de-infeccion-en-el-portaviones-uss-theodore-roosevelt

1.2.11 Άfrica-Sudáfrica

A. África

Con unos 54 estados y con unos 1.000 millones de habitantes, merece un estudio aparte. Ante la actual situación que todo el planeta está experimentando, como si de un gran laboratorio de pruebas se tratara, disponemos de todo tipo de escenarios. En todo experimento con una determinada substancia, debe hacerse a la vez con lo que se llama "un blanco", es decir, disponer de un medio en el que poder observar que efectos sin la utilización o adición de la substancia estudiada. En 3 de los 5 continentes se yuxtaponen países con y sin despliegue de 5G; y en Australia hay implantación parcial de 5G. Pero solamente el continente africano nos ofrece esta posibilidad; una amplia zona geográfica sin la presencia de las redes 5G en el inicio de la pandemia; y precisamente, con la excepción de Sudáfrica en un extremo, nos ayuda a contrastar los datos y evaluar el efecto de la pandemia con y sin la 5G.

Situación y datos
En la primera edición de este estudio el 14 abril 2020 ya dije que uno de los valores del trabajo era que se trataba de una "fotografía" del momento y que debía ampliarse con nuevos datos así como fuera evolucionando la situación. En el gráfico A1 vimos las 4 fases de la pandemia, y en ellas lo único que permanece prácticamente inalterado es el mapa de África. En la actual situación a 12 de septiembre 2020 la cosa no ha cambiado (gráfico 1.2.29). ¿Que pasa en África para que se den estos resultados? Esta es la pregunta que muchos se hacen y solamente algunos responden con argumentos muy simples. Vamos a tratarlo en este capítulo que está confeccionado con la ayuda del Dr. **Birame Boye**, humanista, africanista e investigador africano (1).

En primer lugar, debemos poner de manifiesto que la presencia de la COVID-19 es contemporáneo con los demás países del mundo. Vean en el gráfico 1.2.29 como ya había casos en África y todavía no los había en Grecia. Esto es significativo, pues si aplicamos como cierto que el potencial epidémico asignado a este "virus" (nº de veces que una persona contagiada puede transmitirlo a otras) era de entre 2 y 3; al cabo de más de 4 meses la población infectada en África debería ser muchísimo mayor.

Para buscar las causas de esta "anomalía africana" vamos a centrarnos en el análisis de los hechos diferenciales respecto a otros continentes, con la finalidad de centrarnos en aquellos que puedan influir sensiblemente en el resultado final. Antes de pasar más adelante, recordar que aquí como en el resto del mundo no todos los países presentan el mismo grado de fiabilidad, por lo que para amortiguar los posibles errores estadísticos nos centraremos en el estudio de grandes áreas.

Descartamos los siguientes factores como hechos diferenciales porque serán analizados posteriormente y, como veremos, no influyen decisivamente en el resultado de la ecuación: Densidad de población. Tamaño de las ciudades. Diversidad climática. Nivel de confinamiento. Veamos algunos otros:

Conectividad aérea.
Si bien las medidas de restricciones aéreas fueron tomadas con prontitud, la descartamos; porque solamente puede haber influido en la fase inicial, como en el resto del mundo, pero no en una posterior expansión dado el potencial epidémico del "virus".
El grado de contaminación atmosférica
Debido al nivel de industrialización en África es bajo o muy bajo. Este factor ha sido correlacionado con la proporción de casos de COVID-19. Lo hemos tratado y hemos visto que puede haber una correlación, pero no decisiva.

Nivel económico de sus habitantes.
Ya hemos dicho que un microorganismo no distingue entre los tejidos de un humano rico o pobre o entre uno que use alta tecnología y otro que no. Pero sí puede influir indirectamente

el nivel económico para que una persona o ciudad pueda acceder a tecnologías que sí pueden tener relación con un aumento de incidencia del COVID-19. Así vemos como los países con mayor índice de COVID-19 poseen una renta per capita y un nivel tecnológico más elevado que los que presentan los índices más bajos (gráfico 1.1.13). Por lo que deducimos que no es la riqueza en sí lo que favorece una mayor posibilidad de contagio sino cual es la tecnología que utilizan. En este caso veremos que es la 5G y otras con frecuencias similares.

Asistencia y tratamiento sanitario.

Un primer análisis muy superficial que frecuentemente se hace, es el de suponer que en países con una mayor cobertura sanitaria la tasa de mortalidad por COVID-19 es inferior; pero aquí hasta ahora hemos utilizado el nº de contagios y no el de defunciones. Pero sí sabemos, y los números lo confirman, que los países con una mayor mortalidad son países con una tecnología y recursos sanitarios muy superior a la media africana; cosa que de entrada invalida la tesis inicial. ¿Podemos entonces afirmar que lo contrario es cierto? Sería como afirmar que la ausencia de hospitales, material y personal sanitario es un factor positivo. En ciencia debemos admitir cualquier supuesto a estudio y analizarlo, sobretodo cuando la tesis inversa no se cumple. Por esto en el Anexo 2 lo analizamos.

Si nos referimos solamente a esta crisis global, el carecer de recursos hospitalarios ha impedido que se aplicaran protocolos standards que han resultado infructuosos, como mínimo muy discutibles y algunos erróneos. Por el contrario, esto ha favorecido el sentido de comunidad de los pueblos africanos. Combinado además con el de estar en contacto con la medicina natural, aplicando remedios que han demostrado su eficacia en anteriores epidemias. Ponemos como ejemplo el uso de la *Guiera senegalensis*, Kinkéliba (*Cumbretum micranthum*), *Artemisia annua*, Cloroquina. O el dióxido de cloro, que mientras que en el resto del mundo esta prohibida por la OMS, en África se ha utilizado. Estos son pues unos dato a tener en cuenta a la hora de valorar el "éxito" africano. El hecho de que en el mes de mayo ya algunos presidentes africanos hayan desobedecido públicamente las "ordenes" de la OMS en cuanto al tratamiento médico de esta pandemia, es un dato que merece ser seguido de cerca para ver la evolución de los casos de COVID-19 en estos países. He aquí entonces un hecho diferencial con respecto a otras zonas del planeta.

Edad media de la población.

Africa, con 18 años de media es el continente más joven de este planeta, (ver gráfico 1.2.29). Un supuesto microorganismo que se transmita por el aire o por contacto, tiene las mismas probabilidades de contactar con un joven que con un viejo. Pero la edad, sí tiene algo que ver con la capacidad de respuesta al ser infectado por un microorganismo y padecer la enfermedad. Las estadísticas epidemiológicas del coronavirus apuntan a que la franja menos afectada es la comprendida entre 0-25 años; y por lo tanto una clara correlación con su respuesta inmunitaria superior a edades más avanzadas. Éste sería pues otro de los hechos diferenciales que buscábamos.

Acceso a la tecnología.
Cual es el parámetro que nos puede indicar numéricamente el nivel tecnológico de una sociedad y que pueda servir para comparar con otras poblaciones. No hay ninguno de perfecto, pero el nº de teléfonos móviles/100 habitantes puede servir. Entre los 25 primeros del "ranking" solamente se encuentra un estado africano, Sudáfrica; mientras que entre los 25 "peor" clasificados hay 14 estados africanos. Este dato en sí no es ni favorable ni desfavorable en relación a que un microorganismo infecte a una persona, lo mismo que su nivel económico. Lo que sí tiene relación indirecta, es que para que una población humana sea candidata a implantar la tecnología 5G por alguna empresa, es que sus habitantes usen masivamente el teléfono celular, y en estos países "peor" clasificados, ninguno de ellos disponen de esta tecnología 5G; en cambio, el único país africano de entre de los "mejor" clasificados (5) sí la tiene implantada. Actualizando los datos (a 29 de mayo 2020), pueden ver que no será así en el futuro (gráfico 1.2.30), pues éste ya empieza a asomarse en 7 países; todos ellos con una red 5G en fase de pruebas (Egipto, Lagos, Nigeria, Camerún, Guinea Ecuatorial, Uganda y Kenia). Solamente 2 de ellos figuran el grupo de los 25 países con menos celulares/habitante. En África han (pasado de 4 redes el 14 de abril a 15 redes el 24 de mayo del 2020. Nigeria acaba de anunciar una moratoria 5G.

Tecnología 5G.
Aquí no tenemos que insistir en la correlación ya estudiada y demostrada en este trabajo, simplemente observaremos cómo se desarrolla y manifiesta. Los datos son evidentes y no dejan lugar a dudas; a 29 de mayo el único estado africano con tecnología 5G desplegada y operativa era Sudáfrica, presentando los índices de Covid-19 más elevados del continente. Y si se publicaran los datos de casos de Covid-19 por ciudades todavía sería evidente esta relación (gráfico 1-2-30).

Hasta aquí vemos que tenemos un continente con una población acostumbrada a luchar contra las epidemias y donde la malaria es endémica, con una edad media de 18 años compatible con una buena respuesta inmunitaria, con remedios preventivos no hospitalarios que están demostrados ser efectivos, con poca contaminación atmosférica, y con ausencia generalizada de tecnología 5G.
Antes de cerrar este capítulo nos preguntamos: ¿Nos hemos dejado algo? A veces las cosas son tan evidentes que nos las miramos pero no las vemos. ¡Estamos hablando del continente"negro"¡ ¿Y eso que tiene que ver?

Dos nuevos estudios dirigidos respectivamente por investigadores del Instituto Pasteur de-París (Francia) y de la Universidad de Montreal (Canadá) y publicados en la revista « Cell» han llegado a la misma conclusión: las personas con ascendencia africana ofrecen, por lo general, respuestas inmunes más potentes que aquellas con ancestros europeos. O dicho de otra manera, las personas de raza negra tienen un mejor sistema inmune que las de raza blanca (2). Ante semejantes informes de reconocido prestigio contrapongo lo que publica la universidad

de Oxford.
La Universidad de Oxford en uno de sus estudios sobre el COVID-19 (3) entre otras conclusiones cita: “Además, los investigadores notaron que los hombres representaron más de la mitad de las pruebas positivas [suponemos PCR+] y más del 60 por ciento de los adultos negros evaluados dieron positivo al virus, en comparación con solo el 16 por ciento de los adultos blancos evaluados.” En primer lugar hay que decir que la aparente contradicción no es tal suponiendo que no se equivoquen, y esto implica admitir que ante este “virus” la respuesta inmune de la población negra es diferente de la de otras infecciones. Lo comentamos más adelante.

De momento, aplicando las conclusiones de Oxford al continente africano, deberíamos deducir que los los datos de Covis-19 de países con población predominante negra deberían ser más altos que los que predomina el color blanco de piel. Es un dato interesante para estudiar, pero también se podría traducir la frase a la inversa. Es decir, si la realidad es así, es que los parámetros citados y otros que pueden influir, influyen todavía más de lo que se supone en el descenso del índice de casos de coronavirus. Porque de no ser así, si los datos de Oxfort son ciertos, y la variedad de SARS-CoV-2 que se padece en África es la misma que en Sudamérica, África debería presentar unos índices de COVID-19 muy superiores y esto no se observa. Como siempre la realidad tiene más peso que las predicciones; vamos a intentar analizarlo.
Para ello nos basamos en la lista de la FAO de los países que conforman el “África negra”: Angola, Burundi, Cabo Verde, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República del Congo, Côte d’Ivoire, Eritrea, Etiopía, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Mauritania, Mozambique, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Swazilandia, Tanzania, Uganda y Zimbabwe. La media del índice/1000h de estos 23 estados a 30 mayo 2020) es = 0,1067 casos/1000h.

Para comparar lo hacemos con otros 6 países que no pertenezcan a este grupo: 5 en el norte: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Túnez y 1 al sur, Sudáfrica. Su media es = 0,220 casos/1000h. Así, estos países del “África no negra” presentan un índice de más del doble (206%) superior al de los países de “África negra” (gráfico 1.2.31). Otro dato pues para el análisis y para sumar a la lista de las diferencias entre el comportamiento de la pandemia en el continente africano.

Ahora sí podemos concluir lo siguiente en esta primera parte del capítulo, aunque como siempre, revisable en función de nuevos datos: El “éxito africano” se basa en varios factores: acceso a una sanidad natural no oficial dirigida desde la OMS, edad de la población, ausencia en general de tecnología con REM de alta frecuencia como la 4G o 5G.

B. <u>Sudáfrica</u>
Después de lo que ya hemos dicho y con los gráficos que a continuación presentamos el análisis de Sudáfrica es muy simple. Único país de África con tecnología 5G instalada ya

en el inicio de la crisis. Los resultados son evidentes a día 31 de mayo 2020. De un índice semejante a Marruecos y Egipto a principios de abril del 2020 pasa a liderar claramente el "ranking" de casos de COVID-19/1000h en África (gráficos 1.2.30). Faltando unas 100.000 pruebas por contabilizar (4), los números cantan: su índice es 16 veces superior al de la media de los 4 países con los que comparte frontera en el norte: Namibia, Botswana, Zimbabwe y Mozambique (gráfico 1.2.32). A nivel interno, las 7 redes operativas 5G se sitúan en Ciudad del Cabo (3), Johannesburgo (2) y Pretoria (2); y pertenecen a los estados, junto con Cabo Este, donde los índices son superiores. El estado de Gauteng (con Johannesburgo y Pretoria) presenta un índice de 0,204 frente a 0,038 de la media de los 4 estados que le rodean; o sea 5,37 veces más. Cabo Occidental con tan solo 5G en su capital, presenta un índice 62 veces superior a Cabo Norte y 5,46 veces superior a Cabo Oriental. Estos datos concuerdan con lo que hemos estado viendo repetidamente en diferentes partes del mundo y son suficientemente elocuentes para confirmar la íntima relación entre la tecnología 5G y la distribución de los casos de COVID-19. (nota a 27 diciembre 2020: según ookla 5G map, 14 redes comerciales en Sudáfrica, mientras en el resto de África, solamente una.)

Para más abundamiento en el tema, en el gráfico 1.2.33 se muestra claramente la diferencia de cobertura de radiofrecuencia entre las tres ciudades con 5G y otras dos capitales de estados: Bloemfontein y Polokwane.

C. El éxito africano

Parece ser que es precisamente en el continente donde se gestó el homo sapiens donde podemos encontrar la solución o al menos una respuesta a una de las incógnitas más grandes con que se ha enfrentado la humanidad: la causa de la pandemia del SARS-CoV-2.

El "agente" causante o desencadenante de la pandemia no es de origen natural, si lo fuera, no presentaría tantas incongruencias como ya hemos visto anteriormente, y que ahora le sumamos la de "racista". A menos que las investigaciones de la Universidad de Oxford no sean ciertas, debemos admitir que los virus naturales no actúan de manera semejante. Entonces cabe preguntarse, si es un virus étnicamente selectivo, ¿como es posible que afecte de manera diferente a los negros de Inglaterra y a los de África? ¿Acaso entre ellos hay una diferencia genética? La respuesta es no; un simple viaje de avión no es ni mucho menos suficiente para producir ninguna mutación ni cambio étnico. Entre un africano de 18 años en África y otro de 18 años en Inglaterra o en EE.UU. no hay diferencia. Entonces, como siempre, los científicos no nos cansamos de preguntamos lo mismo, ¿porqué? Y ¿porqué los africanos de raza negra en Europa o EE.UU presentan más inmunidad frente a otras infecciones que frente a la presente "infección? De entrada hay que admitir que sí en diferentes zonas se comportan de manera diferente es que hay alguna diferencia; otra cosa es que la sepamos ver. Y en cuanto al origen de esta diferencia solo existen dos posibilidades: que proceda del interior o del exterior. De la constitución fisiológica y genética interior queda descartada; "al parecer" solo nos queda una opción: la exterior. Las demás particularidades africanas que ya hemos visto, sí pueden influir, pero sobre todo una: la exposición a REM de alta frecuencia. Entonces, en

allí su implantación es generalizada; pero en su país de origen no lo hubieran estado o sus familiares no lo están. ¡Esta es la gran diferencia, la variable discriminatoria de la ecuación¡ Pero hemos escrito "al parecer", suponiendo que el exterior y el interior son dos medios diferentes e incomunicados; pero no es así, la epigenética nos lo confirma. Los factores externos pueden inducir la expresión génica de nuestras células y por lo tanto cualquier alteración del medio ambiente puede influir en este caso en la respuesta frente a una determinada enfermedad o infección.

¿Y de que nos sirve haber llegado hasta aquí? Pues sencillamente, cuando encuentras la llave que abre la puerta te permite responder a muchas preguntas. No es la primera vez que lo experimento. Cuando después de muchos años de investigación descubrí el "código Dalí", me permitió descifrar más de un centenar de sus pinturas donde escondía sus mensajes a la vista de todos utilizando un código numerológico. Pero volvamos a aquel hombre negro que ahora vive en Bristol o en Chicago, que está afectado de COVID-19 y cuyo hermano gemelo se ha quedado en Camerún. Es muy probable que su hermano en África durante los últimos 4 meses haya entrado en contacto con alguno de estos "agentes" contagiosos debido a su potencial infeccioso, pero no ha desarrollado la enfermedad. ¿Porqué no lo ha hecho si su constitución es la misma? Además de lo ya dicho, llegados aquí me remito a la Parte II donde expongo la hipótesis de como se produce el "contagio" de esta "pandemia".

No esperen encontrar una solución lógica a un problema que desafía todos los planteamientos lógicos; como decía Sherlock Holmes, "Cuando la solución lógica a un problema resulta imposible, lo ilógico aunque parezca imposible, es invariablemente cierto". Y ya les anticipo lo que más adelante razonaré: Creo que el "agente" infeccioso, estaba ya presente en nuestro organismo en forma latente en el genoma de nuestras células desde antes de la crisis. Y así puede permanecer años sin activarse (como por ejemplo el virus VEB que puede afectar al 90% de la población mundial sin causar daños), y que puede haber sido introducido a través de las vacunas o cualquier otra vía. Veremos como los episomas y virus lisogénicos pueden activarse por agresiones a la célula mediante radiación. La epigenética puede explicar como esta radiación puede actuar como detonante, como activador del "virus" o "episoma" que la célula fabricará, que expulsará, que infectará a otras células y tejidos con los consabidos efectos patológicos. Esto explicaría el porqué un emigrante de raza negra presenta una mayor predisposición a contraer la Covid-19 en Chicago o Londres que en Nigeria.

África, este crisol donde se forjó la humanidad, deviene ahora como una esperanza, una luz en el camino para superar el gran reto que la humanidad afronta.

(1) Birame Boye, doctor en química física por la Universidad de Barcelona, investigador freelance asociado al grupo LEMMA - Laboratorio Electroquímica de Materiales y de Medio Ambientes; CES Ingeniería Sanitaria (sanidad pública, epidemiologia y paludogía), Postgrado, EPFL - Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, Suiza; DESS Ingeniería Sanitaria, Postgrado, EIER - Ecole Inter-Etats des Ingénieurs de l'Equipement Rural (EIER), Uagadugú,

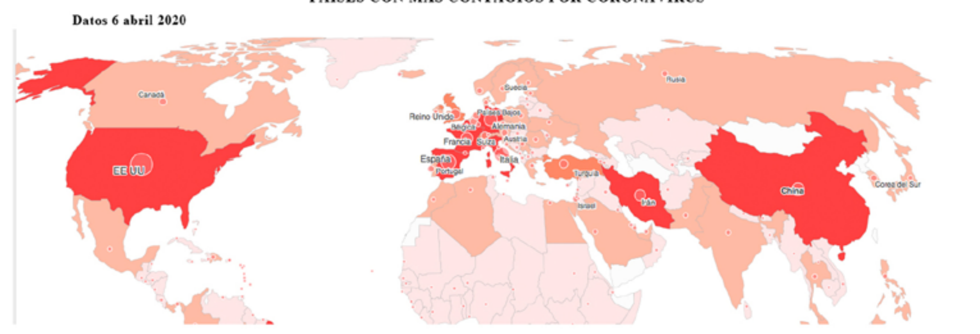
Burkina Faso.
(2) https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-personas-raza-negra-tienen-sistemas-inmunes-mas-potentes-raza-blanca-201610201754_noticia.html
(3) https://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.upi.com/Health_News/2020/05/15/COVID-19-discriminates-along-racial-socioeconomic-lines-study-finds/2561589571572/&prev=search
(4) https://www.sfchronicle.com/news/article/Sud-frica-tiene-retraso-de-casi-100-000-pruebas-15303055.php
(5) https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

* * *

Gráfico 1.1.1

PAISES CON MÁS CONTAGIOS POR CORONAVIRUS

Datos 6 abril 2020



A

10 ESTADOS
CON MÁS CASOS DE COVID-19

	nº total Casos	
EE.UU.	824.065	5G
España	204.178	5G
Italia	183.957	5G
Alemania	148.453	5G
Reino Unido	129.044	5G
Francia	117.324	5G
Turquía	95.591	5G
Irán	84.802	5G
China	83.864	5G
Rusia	52.763	5G

Fuente: Universidad Johns Hopkins y autoridades locales. BBC
Última actualización 22 de abril de 2020 6:00 GMT.

Francia cuenta con tecnológía 5G pero parece que ha detenido su puesta en servicio
Rusia cuenta con 5G en diversas ciudades
Para hacer cálculos contamos estos dos como uno

Observaciones: La probabilidad de que de los 10 países con más casos de COVID-19, 9 tengan 5G es de:

1 entre 11.700.000

B

10 ESTADOS
CON MAYOR ÍNDICE DE COVID-19

(6 mayo 2020)

índice= nº casos / 1000 h
Fuente: rTVE, OMS, JHU CSSE

	índice	
San Marino	18,00	5G
Andorra	9,75	4G+
Qatar	6,46	5G
Luxemburgo	6,33	5G
Islandia	5,10	5G
España	4,70	5G
Irlanda	4,57	5G
Belgica	4,17	5G
EE.UU.	3,72	5G
Italia	3,55	5G

Observaciones: La probabilidad de que los 10 países con mayor índice de COVID-19 todos tengan 5G es de:

1 entre 11.700.000

C

(31 mayo 2020)

San Marino	19,86	5G
Qatar	10,86	5G
Andorra	9,92	4G+
Baréin	6,88	5G
Luxemburgo	6,60	5G
Kuwait	6,33	5G
Singapur	6,09	5G
EE.UU	5,39	5G
Irlanda	5,12	5G
Islandia	5,12	5G
España	5,11	5G
Bélgica	5,08	5G

Observaciones:
A 31 mayo 2020, de los 12 estados con mayor índice, hay 11 con 5G desplegada y uno con 4G+ cuya banda de frecuencia es similar. Probabilidad de que de 12 sean 11 es de **1 entre 587.777.174**

UNIÓN EUROPEA
(+ Noruega + Inglaterra + 4 Microestados)

Gráfico 1.1.2

	índice
San Marino	17,16
Andorra	9,67
Luxemburgo	6,25
España	4,58
Irlanda	4,20
Belgica	4,17
Italia	3,46
Suiza	3,45
Inglaterra	2,87
Portugal	2,46
Mónaco	2,45
Rumania	2,28
Holanda	2,27
Liechtenstein	2,16
Suecia	2,06
Alemania	1,96
Francia	1,94
Austria	1,75
Dinamarca	1,64
Noruega	1,46
Bielorusia	1,57
Moldavia	1,47
Turquia	1,46
Serbia	1,3
Estonia	1,27
Malta	0,96
Finlandia	0,91
Chequia	0,72
Eslovaquia	0,25
Chipre	0,72
Macedonia	0,71
Eslovenia	0,69
Bosnia y Erz.	0,54
Montenegro	0,51
Croacia	0,51
Lituania	0,50
Letonia	0,45
Kosovo	0,44
Polonia	0,34
Hungria	0,30
Albania	0,27
Ucrania	0,26
Grecia	0,24
Bulgaria	0,22

En rojo: con 5G

Suecia, solo 1 ciudad. Francia con un pre-lanzamiento.



* Entre los 20 primeros hay 13-15 con 5G
* La media de estos 15 países (sin Francia y Suecia) es de 4,67
* La media de 27 países sin 5G es de 0,87
* Los países con 5G presentan un índice 5,37 veces superior al de los sin 5G

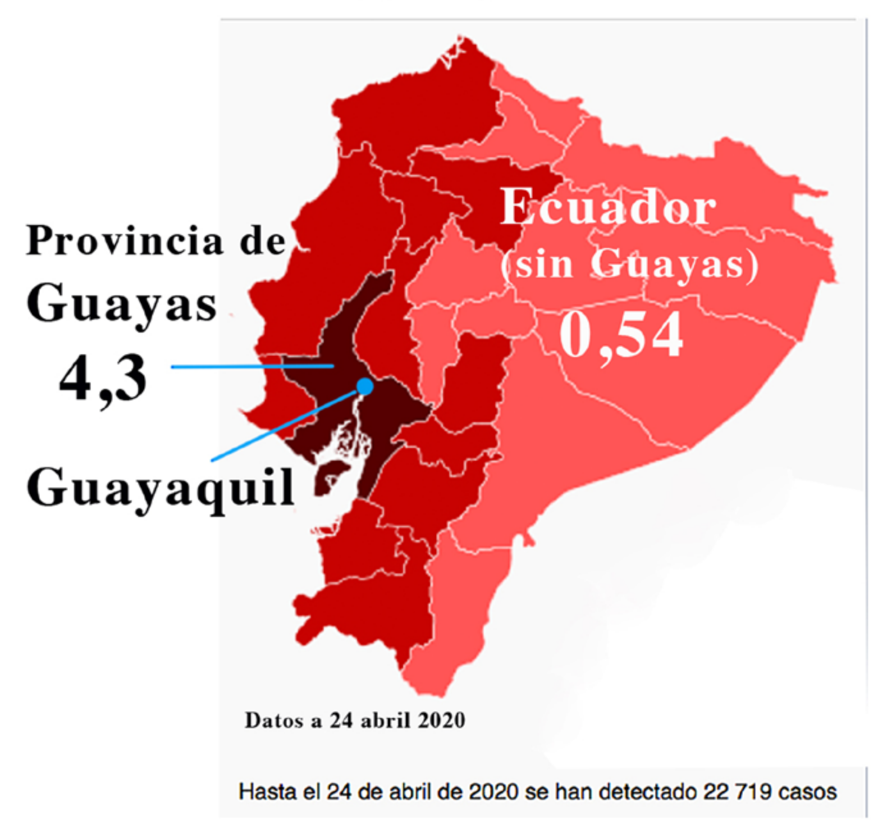
Observaciones: La probabilidad de que entre los 20 primeros países 15 estén relacionados con la tecnología 5G es de :

1 entre 7.030

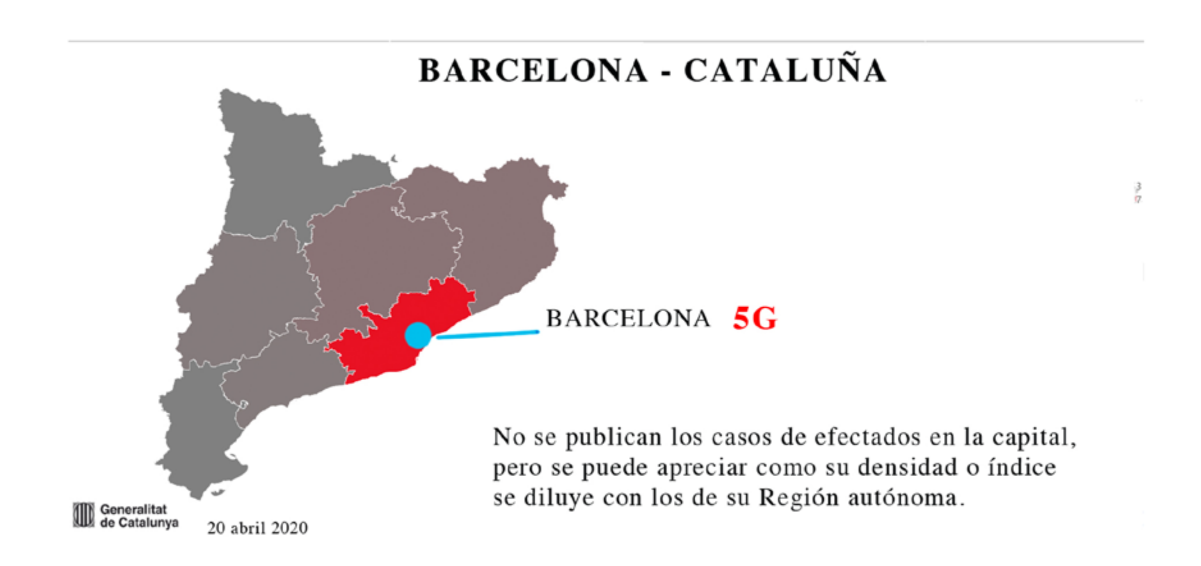
Datos 1 mayo 2020. Fuente: rtve, OMS, JHU

DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA

ECUADOR



El primer brote de COVID-19 se produjo en Guayaquil



Observaciones: Otra caracterítica de esta “pandemia” es la gran diferencia entre los índices de los lugares con 5G y los que no tienen.

ECUADOR

Gráfico 1.2.3



Pandemia de coronavirus de 2020 en Ecuador

Parte de la pandemia de coronavirus de 2019-2020

Hasta el 24 de abril de 2020 se han detectado 22 719 casos confirmados de coronavirus en Ecuador en las 24 provincias del país.

- 1 a 9 Casos confirmados reportados
- 10 a 99 Casos confirmados reportados
- 100 a 999 Casos confirmados reportados
- Más de 1000 Casos confirmados reportados

DATOS A 24 ABRIL. 2020

Ecuador nº casos/1000h = 1,336

Estado de Guayas (Guayaquil) = 4,843

Provincia de Guayas con su capital Guayaquil y con tecnología 5G presenta 3,625 veces más incidencia que Ecuador

Paciente "cero", ingresó y murió en el hospital de Guayaquil

Claro inició pruebas con la tecnología 5G

Claro inició las pruebas experimentales de 5G a mayor escala en Quito y Guayaquil, en septiembre.

Por Eva Acosta

Lunes 30 de septiembre de 2019, a las 14:30

De (i) a (d): Byron Añazco, Gerente de Servicios de Valor Agregado, Pilar Vargas, Gerente de Relaciones Públicas y Corporativas, Andrés Michelena, Ministro de Telecomunicaciones, Alfredo Escobar, Presidente de Claro y Javiera Robles, Directora de Marketing.

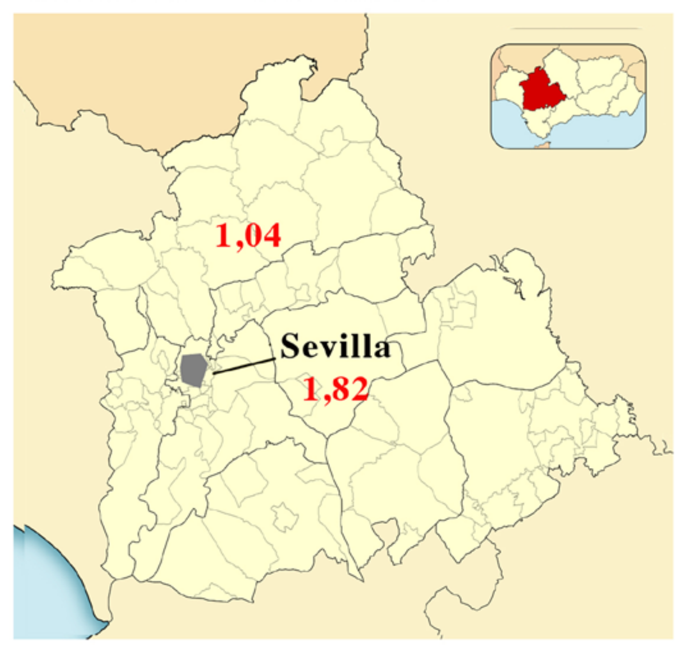
5GAMERS
Claro
CONECTAD... NUEVA ... DE

DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA

Gráfico 1.2.4

SEVILLA. Capital y provincia

datos 27-abril-2020   índice = nº casos/1000 h.

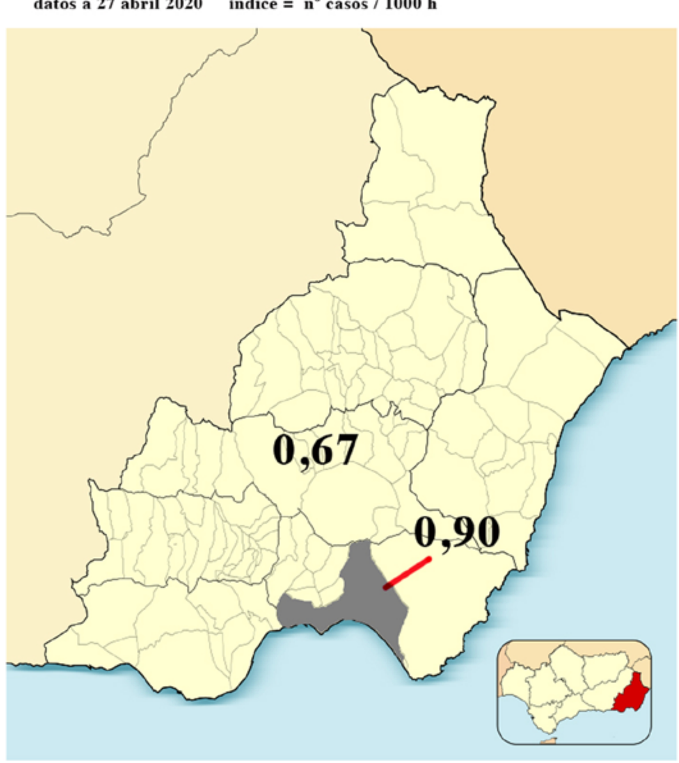


- El índice del área metropolitana de la capital 1,82, es 175% superior al de la provincia sin la capital 1,04.

- Sevilla capital tiene tecnología 5G

ALMERIA (España) Capital y Provincia

datos a 27 abril 2020   índice = nº casos / 1000 h



- El municipio de la capital de Almería presenta un índice (0,90) un 26% superior al de la provincia sin la capital.
- Almería capital, no tiene tecnología 5G.

Málaga (capital) y Provincia

(Índice: nº casos/1000h datos 24 abril 2020)

1,12

2,82 Capital

- Málaga (capital) un 252% más que la provincia Málaga (sin capital).

- Málaga (capital) dispone de red 5G

CÓRDOBA (España) Capital y Provincia

datos 27 abril 2020   índice= nºcasos/1000 h

1,68

1,94

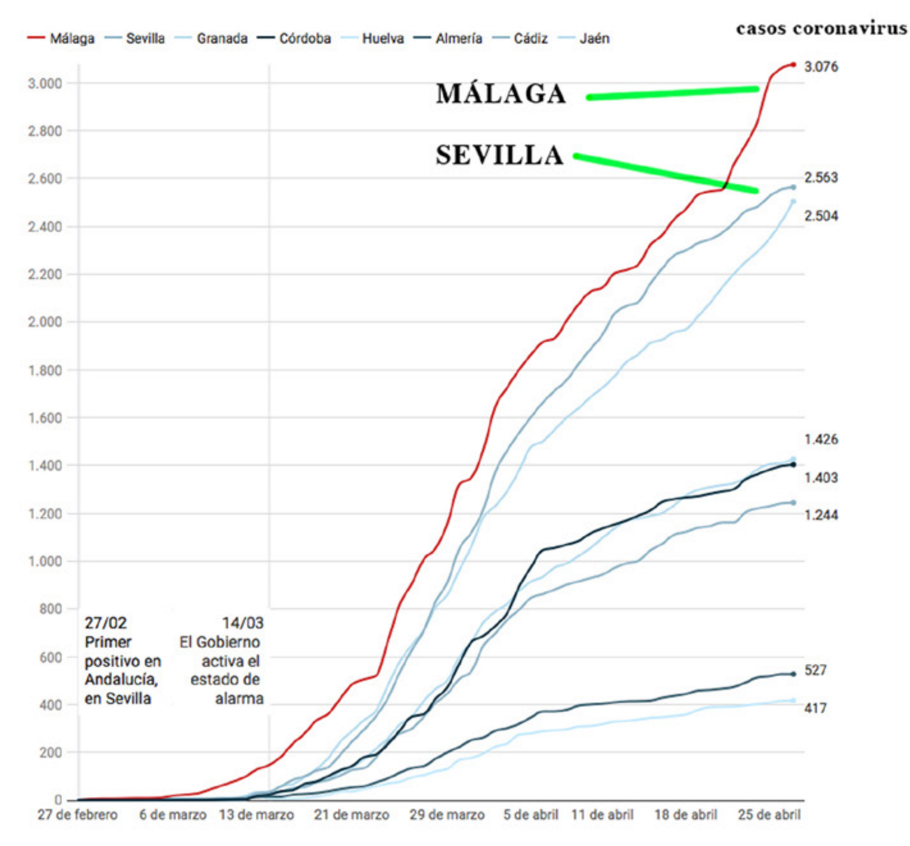
- Entre Córdoba (capital) 1,94 y Provincia (sin Córdoba) 1,68, hay un incremento del 13%.

- Córdoba no tiene red 5G.

Observaciones: En Sevilla y Málaga con 5G la distribución es más asimétrica que en Almería y Córdoba sin 5G.

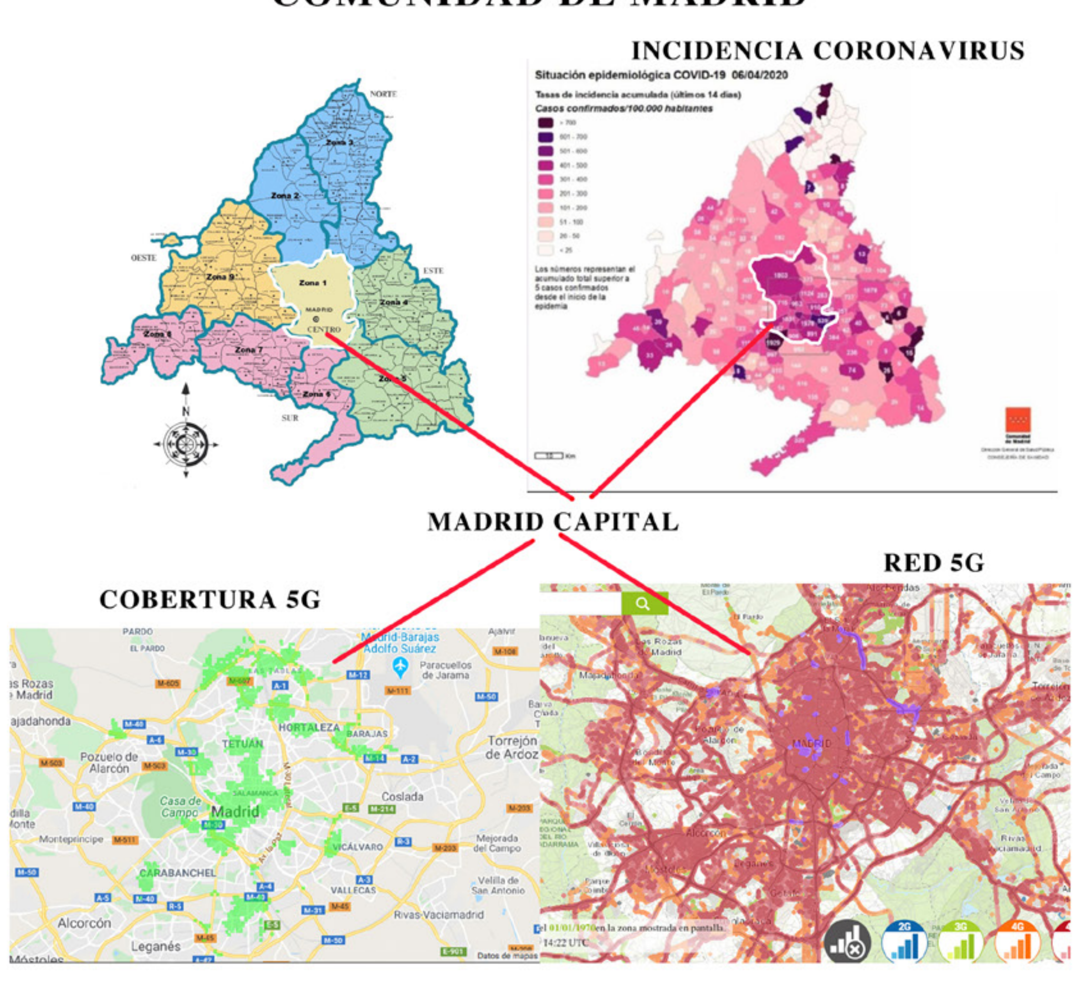
ANDALUCIA (ESPAÑA)

Gráfico 1.2.5



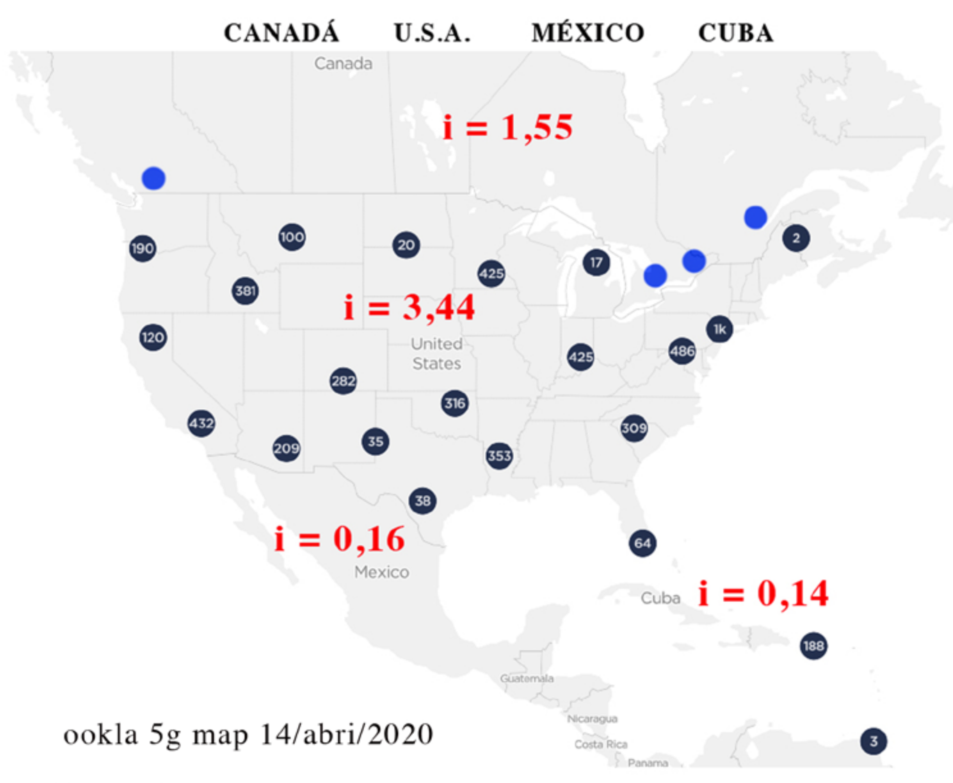
De las 8 provincias de Andalucía solamente 2 disponen de tecnología 5G; son Málaga y Sevilla.

COMUNIDAD DE MADRID



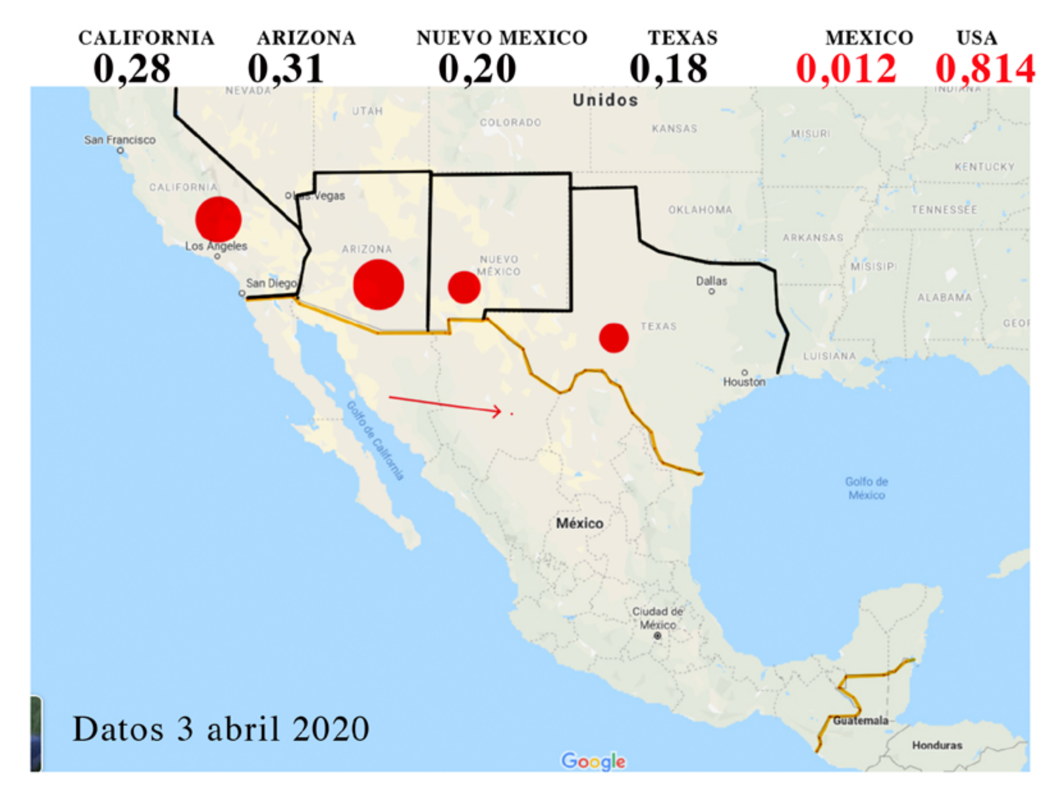
EFECTO “FRONTERA”

Gráfico 1.2.6



Observaciones: Hay una clara diferencia entre el índice de USA y los tres países circundantes. La menor diferencia es con Canadá que tiene 5G en cuatro importantes ciudades: Quebec, Ottawa, Toronto y Vancouver. La mayor difenecia es con México y Cuba que no tienen tecnología 5G.

Fuente: rTVE, OMS. 2 mayo 2020



La media de los 4 estados USA es de 0,242 es decir más de un 2.000% más que México
La media de USA es 0,814 es decir 7.000% más que México

Observaciones: Una de las cosas sorprendentes de este supuesto “virus” es el de no sabe pasar las fronteras entre países con y sin 5G.

EFECTO "FRONTERA"

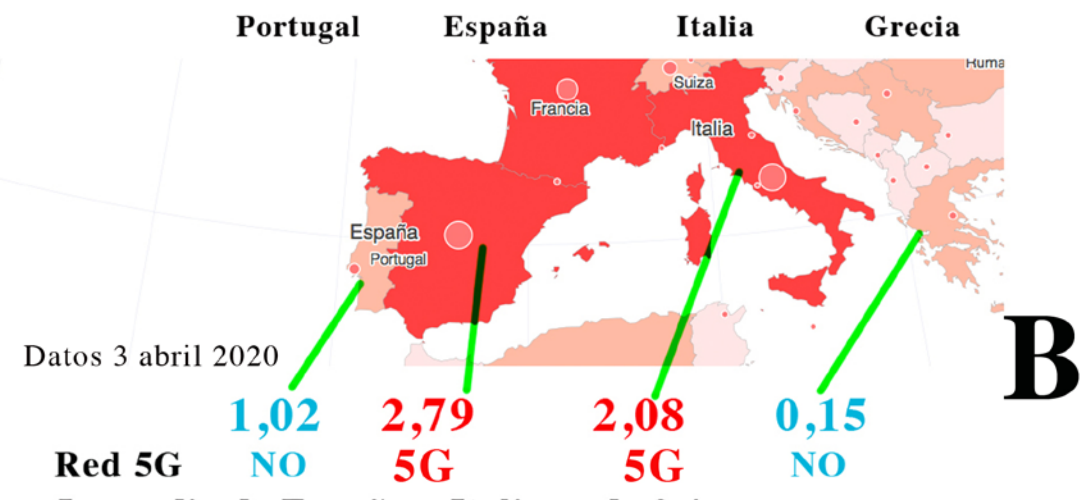
IRÁN



Irán con 5G y un índice de 1,21
Le rodean 4 países sin 5G que presentan una media de su índice de 0,06; o sea, 20 veces menos

Datos 4 mayo 2020. rtve, OMS. JHU.

4 países próximos en la misma latitud



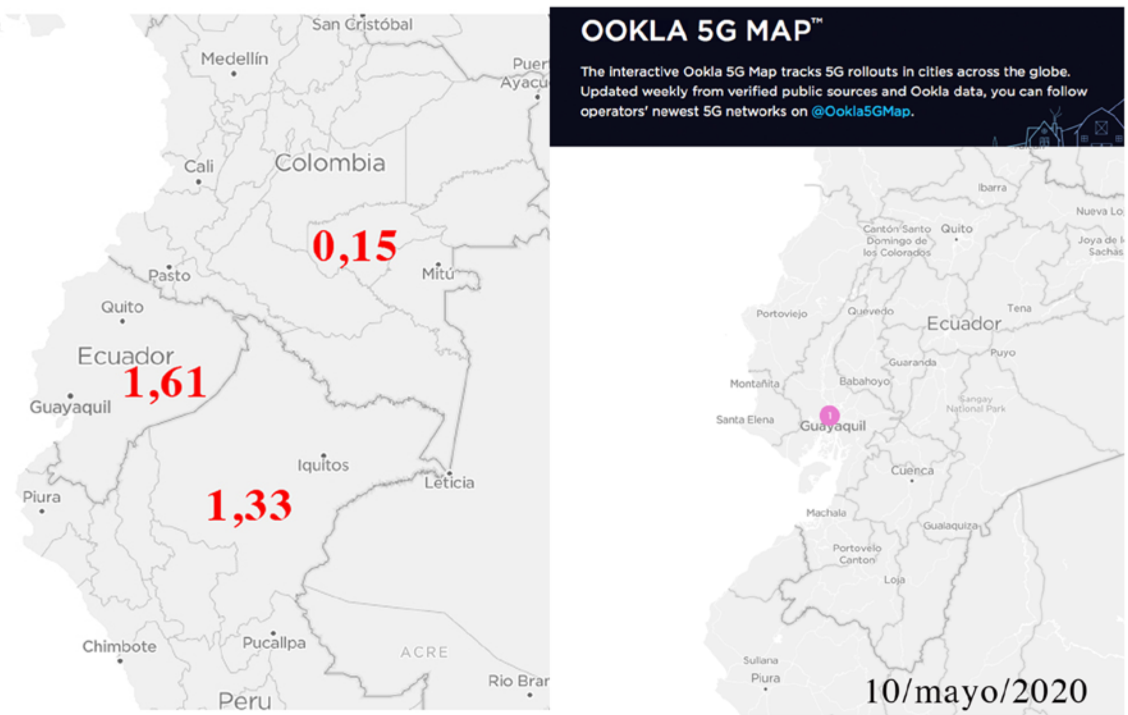
La media de España y Italia es de 2,4
La media de Portugal y Grecia es de 1,09

Conclusión:
Los dos países con 5G tienen un 220% más de contagios

Observaciones: Otra vez el efecto "frontera". Entre Irán con 5G y países vecinos sin 5G. También entre España con 5G y Portugal sin 5G, o entre Italia con 5G y Grecia sin 5G.

EFECTO "FRONTERA"

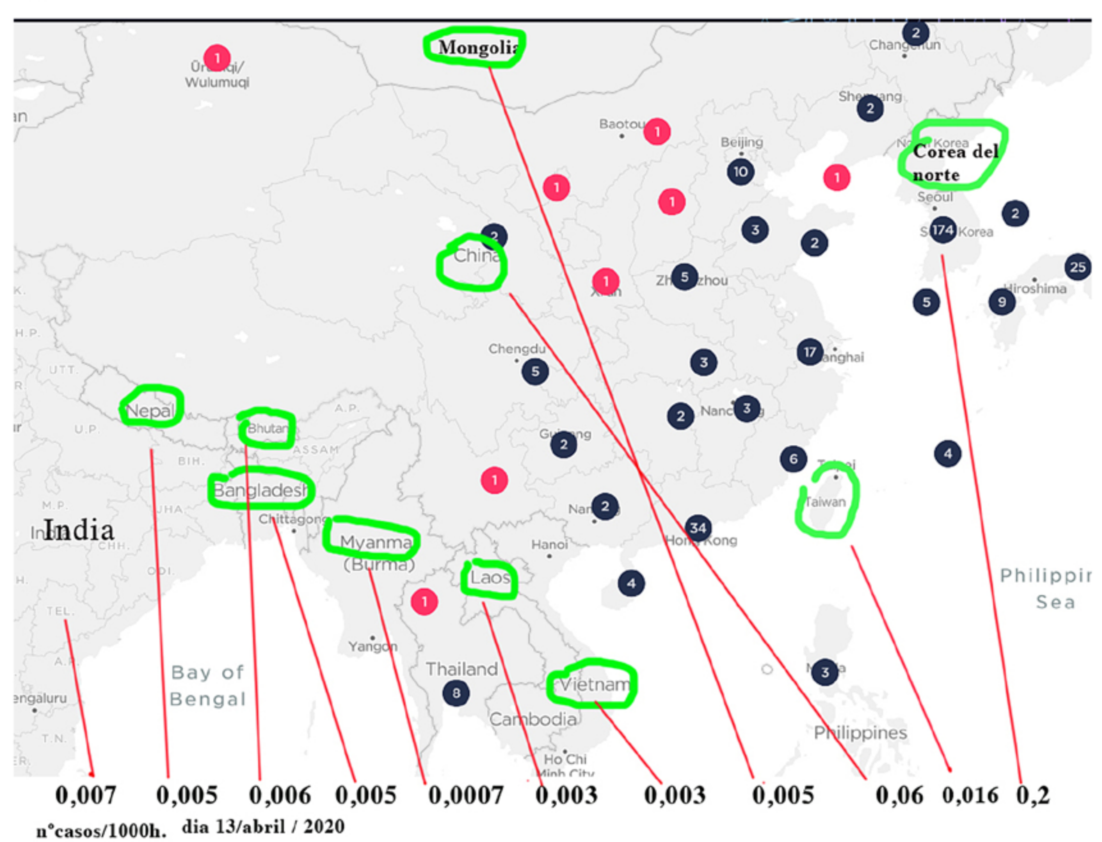
COLOMBIA ECUADOR PERÚ



Ecuador con 5G, presenta un índice más elevado que Perú y Colombia sin 5G

Datos a 2 mayo 2020 Fuente: rTVE.es OMS JHU

CHINA



Los países limítrofes de China tienen aprox. 10 veces menos de casos/1000h

Observaciones: Otra vez se manifiesta el efecto "frontera". Entre Ecuador con 5G y sus vecinos. También entre China con 5G y los países que le rodean sin 5G.

ÁFRICA

Gráfico 1.2.9

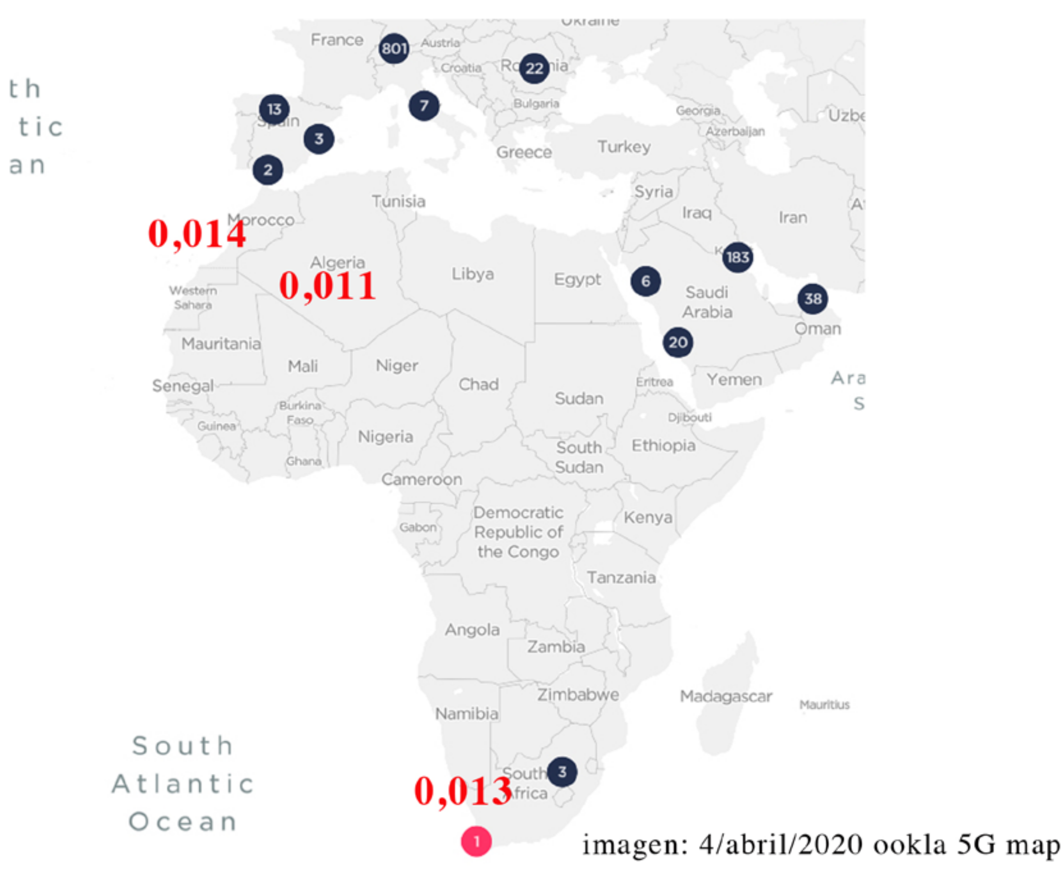
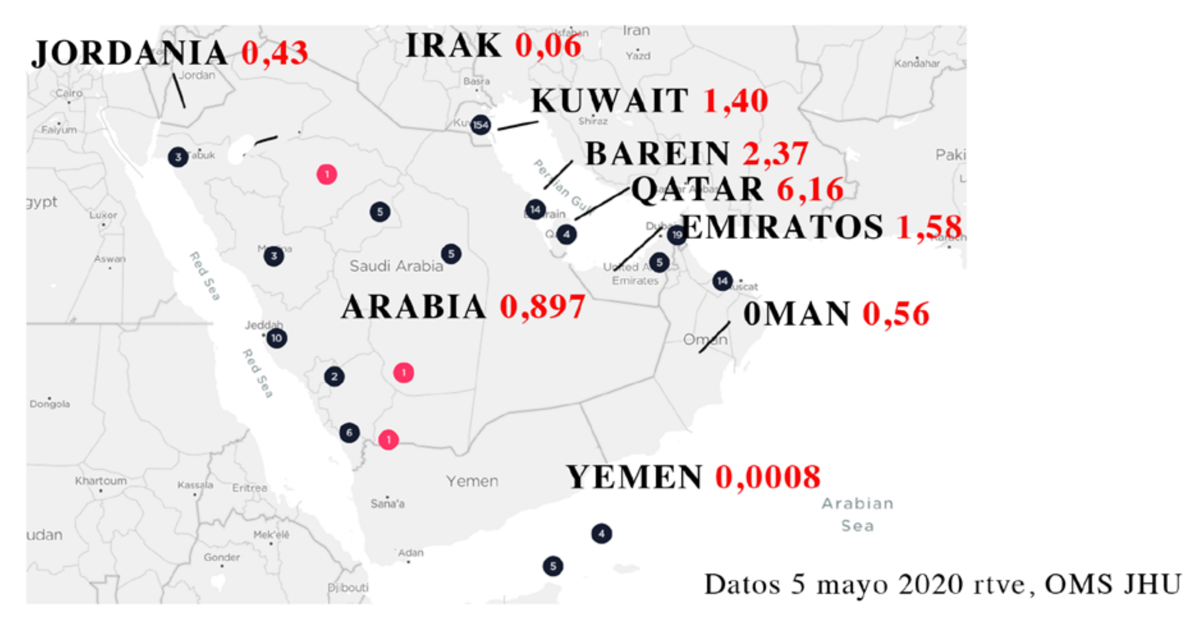


imagen: 4/abril/2020 ookla 5G map

Observaciones: El continente africano aparece con escasa incidencia de COVID-19. Los países con mayor índice son Marruecos 0,014 y Sudáfrica con algunas redes 5G, 0,013. Le sigue Argelia con 0,011.

ARABIA EMIRATOS GOLFO PÉRSICO

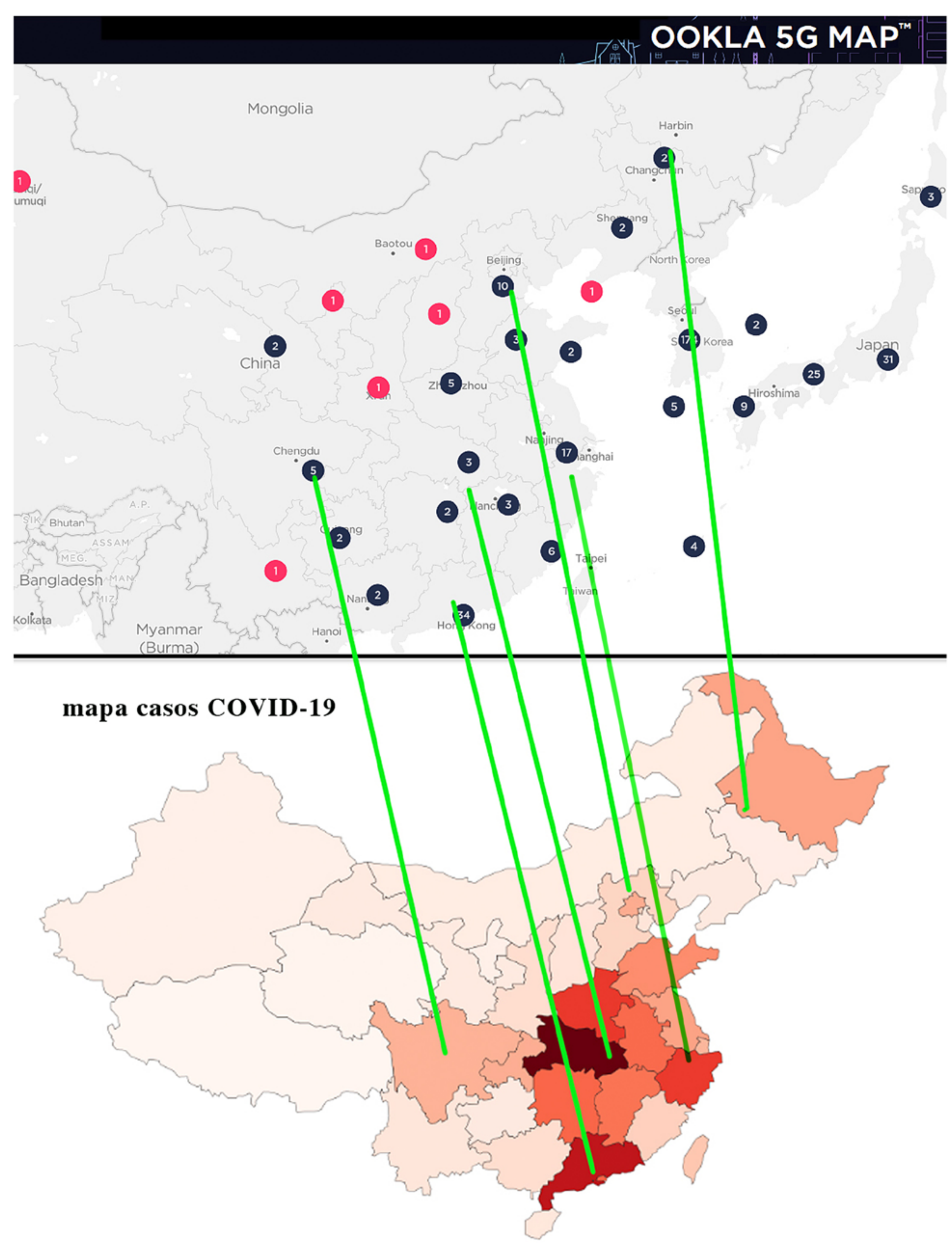


Datos 5 mayo 2020 rtve, OMS JHU

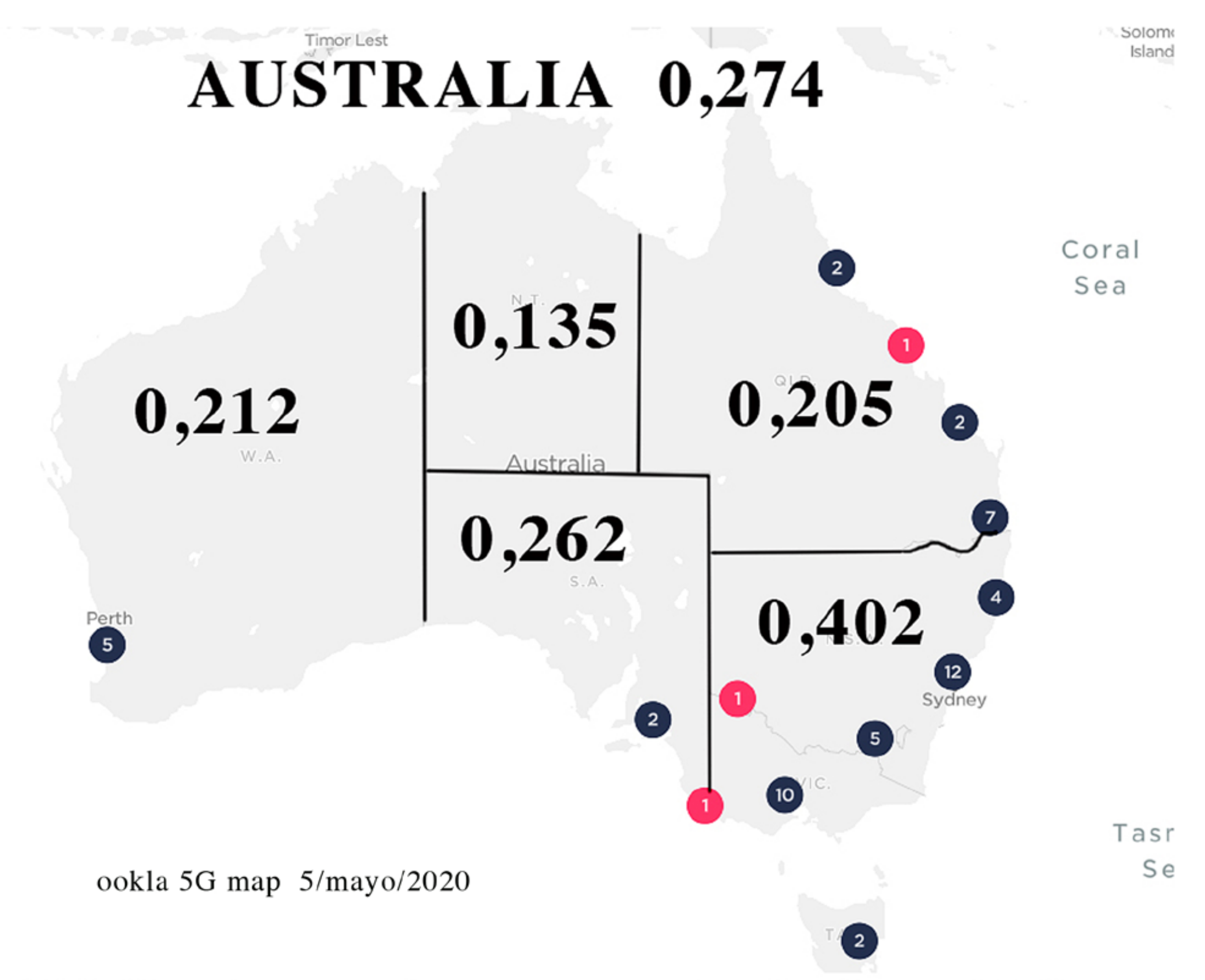
Observaciones: Arabia presenta un índice 3,21 veces inferior al de los 4 países del Golfo Pérsico, todos con 5G; pero estos 4 países, disponen según el mapa, de 196 puntos de emisión 5G frente a las 37 de Arabia lo que representa 5,3 veces más. Yemen, Irak y Jordania sin 5G presentan índices inferiores.

Gráfico 1.2.10

CHINA



Observaciones: Con las reservas hechas sobre la fiabilidad de los datos de China, vemos una coincidencia entre incidencia de COVID-19 y zonas con 5G.



El índice de contagios es proporcional a la cantidad de puntos 5G de cada territorio. La zona más elevada es la de Sidney, la menor son los Territorios del Norte, y los otros 3 territorios con valores intermedios

Datos 5 mayo 2020 Imagen: ookla map

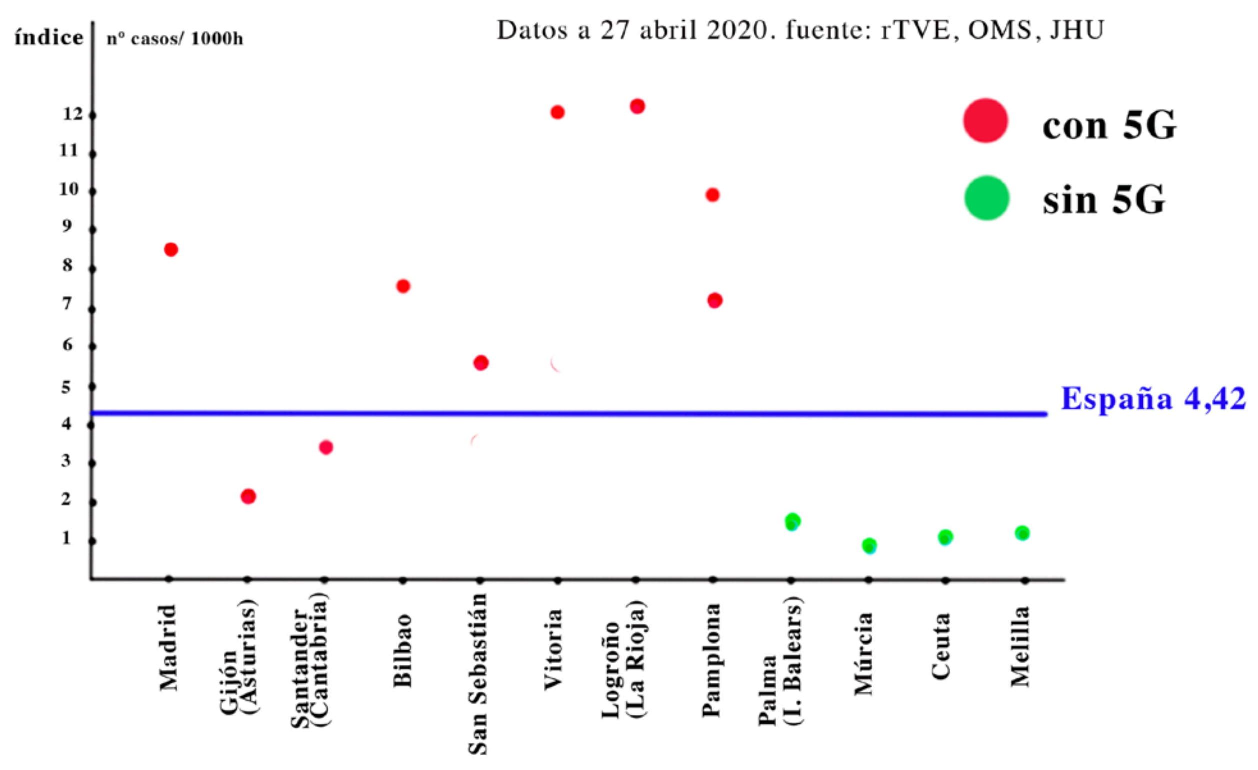
Observaciones: Una vez más coincide la zona con más implantación 5G con las zonas de mayor índice de COVID-19.

ESPAÑA

16 ciudades con tecnología 5G (mapa Vodafone)



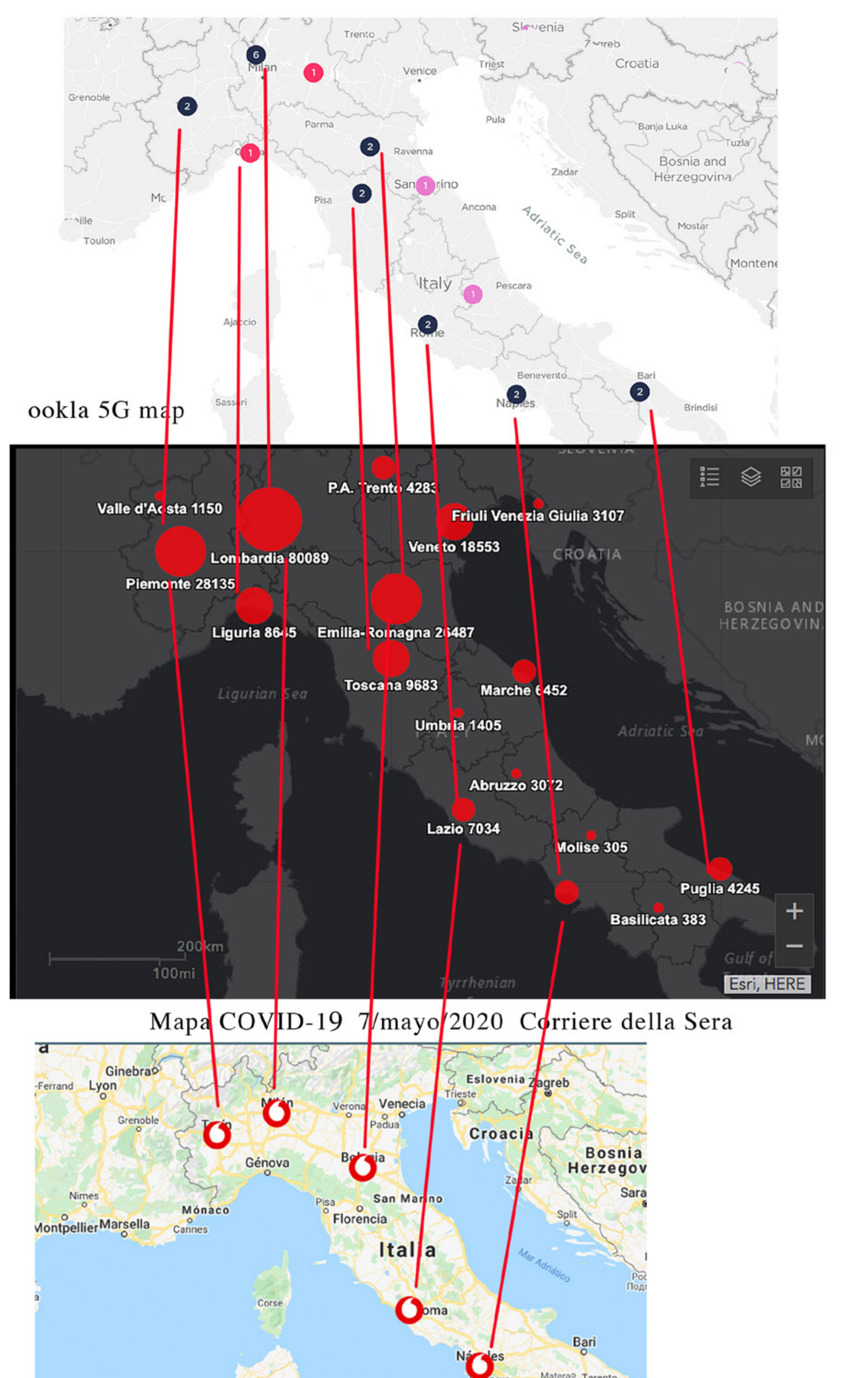
En España no se publican los datos por capitales, lo que hace dificil el poder comparar los índices. Para que los índices no se diluyan, escogemos solamente las capitales de comunidades uniprovinciales o en su defecto comunidades uniprovinciales.



Observaciones: Observamos una clara difrencia del índice entre capitales o provincias con y sin 5G. Todas las de 5G superan a las de no 5G

Gráfico 1.2.13

ITALIA 5G COVID-19

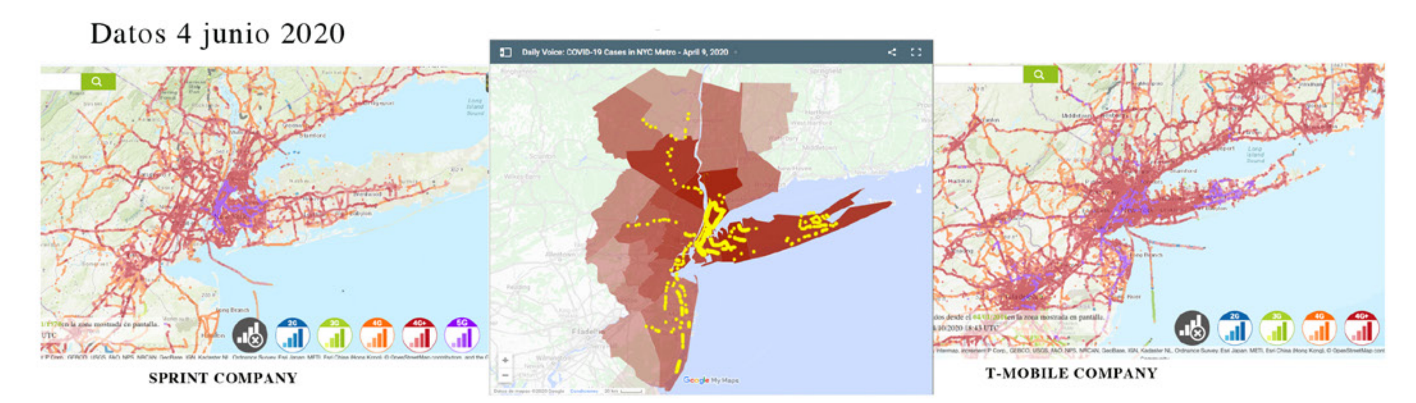


ookla 5G map

Mapa COVID-19 7/mayo/2020 Corriere della Sera

Mapa Vodafone 5G

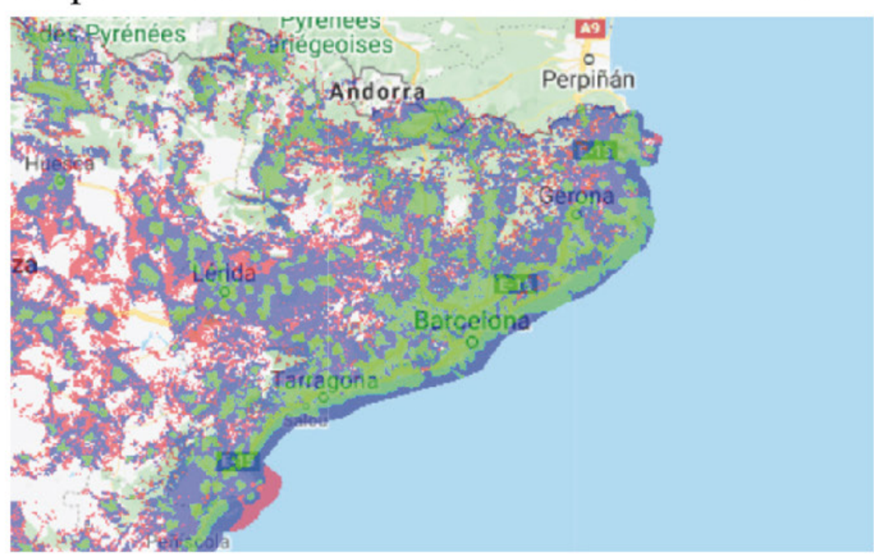
NEW YORK



Laterales: Emplazamiento de antenas 5G de dos compañías de telecomunicaciones (color lila)
Centro: Situación de estos emplazamientos sobre el plano de la ciudad
En marrón: Densidad casos de COVID-19 en la ciudad

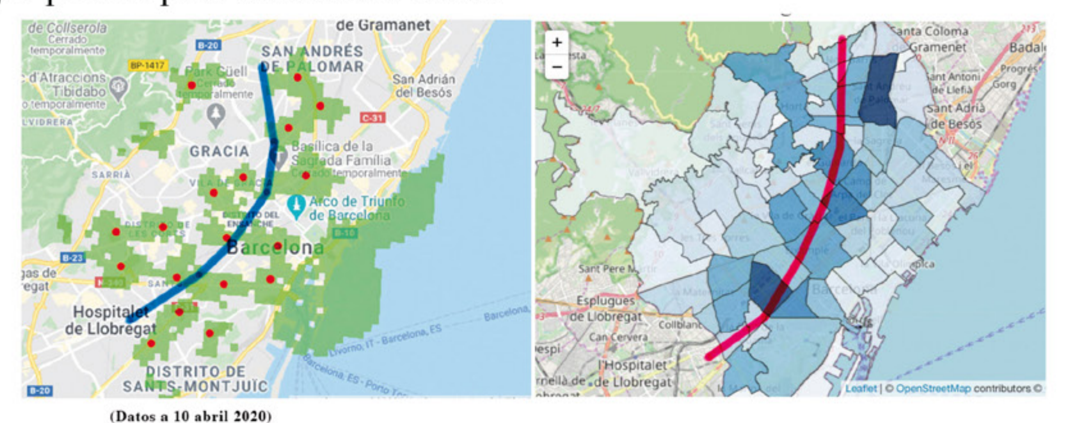
BARCELONA

Mapa Cobertura móbil 4G LTE de Vodafone



verde: Áreas cobertura 5G (Vodafone)
rojo: puntos para trazado de curva

azul: casos COVID-19/1000h



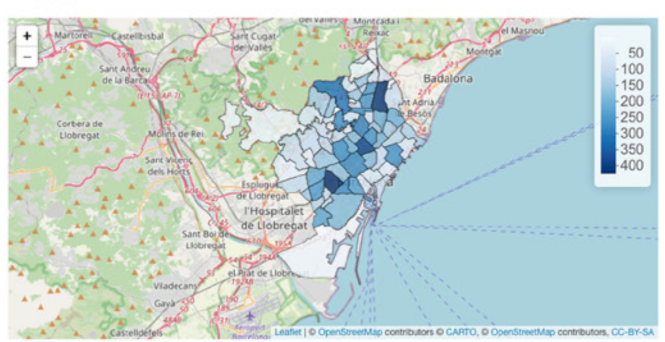
Se aprecia una relación entre zonas de cobertura 5G y barrios con mayor índice de COVID-19

Gráfico 1.2.15

BARCELONA CAPITAL

MAPAS SECTORIALES- CASOS/100.000 h

A



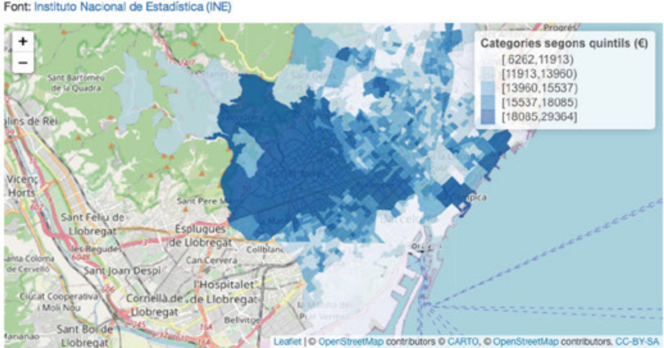
Incidència acumulada de COVID-19 x 100.000 habitants

B

Distribución de la renta por áreas pequeñas

Nivell de renda mitjana (per persona) de l'any 2016, per seccions censals, a la ciutat de Barcelona.

Font: Instituto Nacional de Estadística (INE)

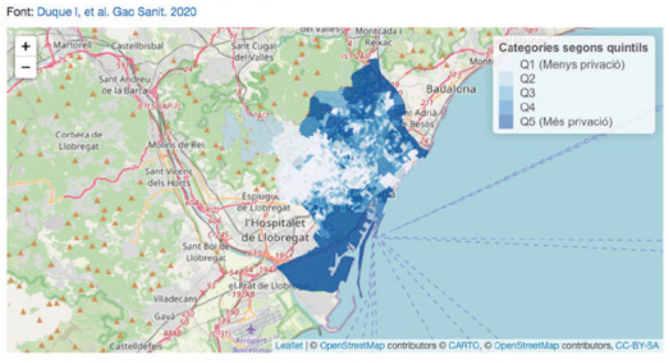


C

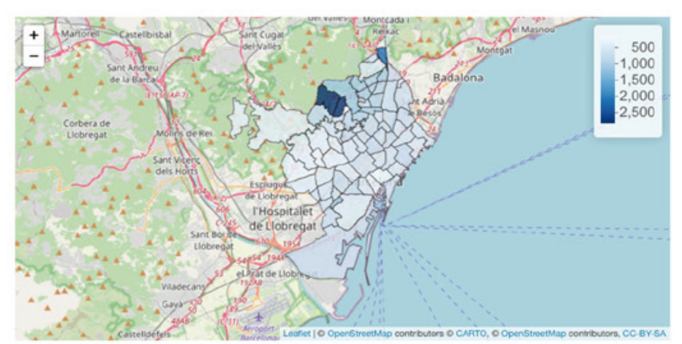
Distribución privación por áreas pequeñas

Nivell de privació socioeconòmica de l'any 2011, per seccions censals, a la ciutat de Barcelona.

Font: Duque I, et al. Gac Sanit. 2020



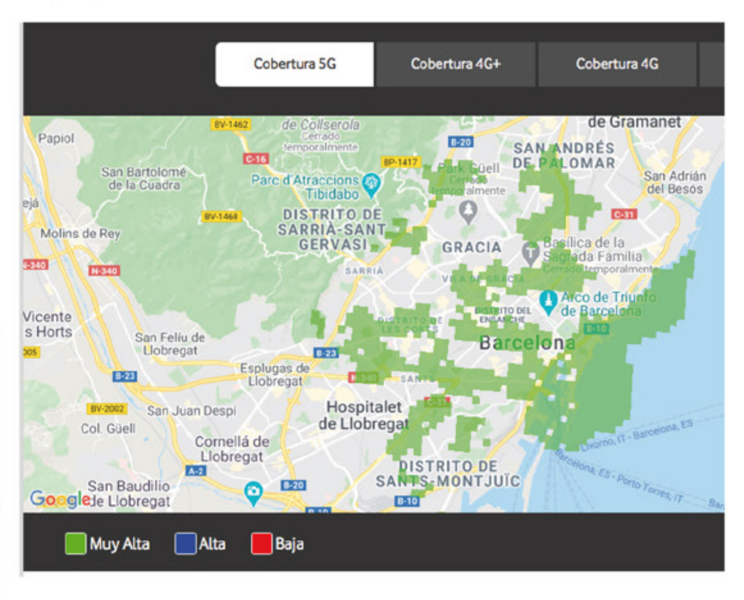
D



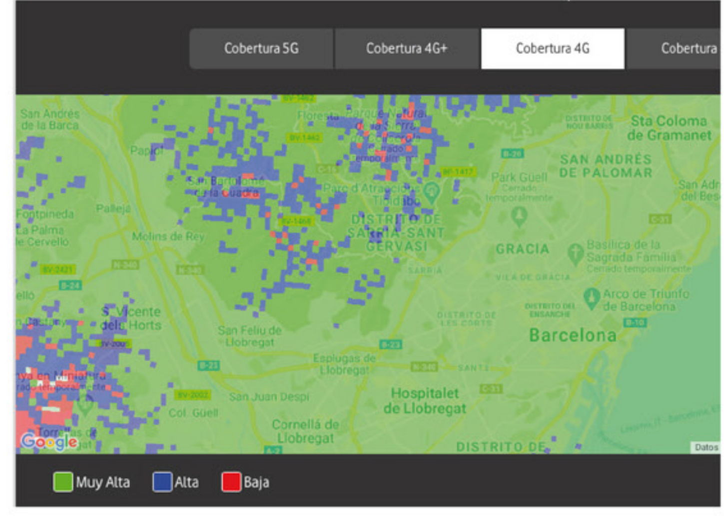
Distribución incidencia/nivel económico

MAPAS COBERTURA

5 G



4 G



Observación:

La cobertura 3G y 4G es general y por tanto no sirve en este caso para comparar áreas de incidencia, pero sí la 4G,LTE y 5G. El mapa 5G es el que más coincide con el mapa A. Lo que indica que el factor 5G es decisivo.

Datos 21-abril-2020. Conselleria Salut. Generalitat Cat.

Gráfico 1.2.16

UN EXPERIMENTO EN SEGOVIA (ESPAÑA)



En 2108 el Gobierno español subvencionó con 20 millores de eu. para probar la 5G en Segovia y Talavera. No se han publicado que efectos causó sobre sus habitantes.



RADIO SEGOVIA

SANIDAD

Segovia tiene la tasa de mortalidad por coronavirus más alta de Castilla y León

El Hospital de Segovia bate el récord de casos en un solo día: 97 nuevos positivos y cinco fallecidos





Resultado a 8 abril 2020:

Datos. Índices: España 3,24 Castilla y León (sin Segovia) 3,48

Segovia: 9,55.

El índice de Segovia es un 295% superior al de España y 253% más que Castilla y León (sin Segovia).

Fuente: El país.

MICROESTADOS EFECTO “FRONTERA”

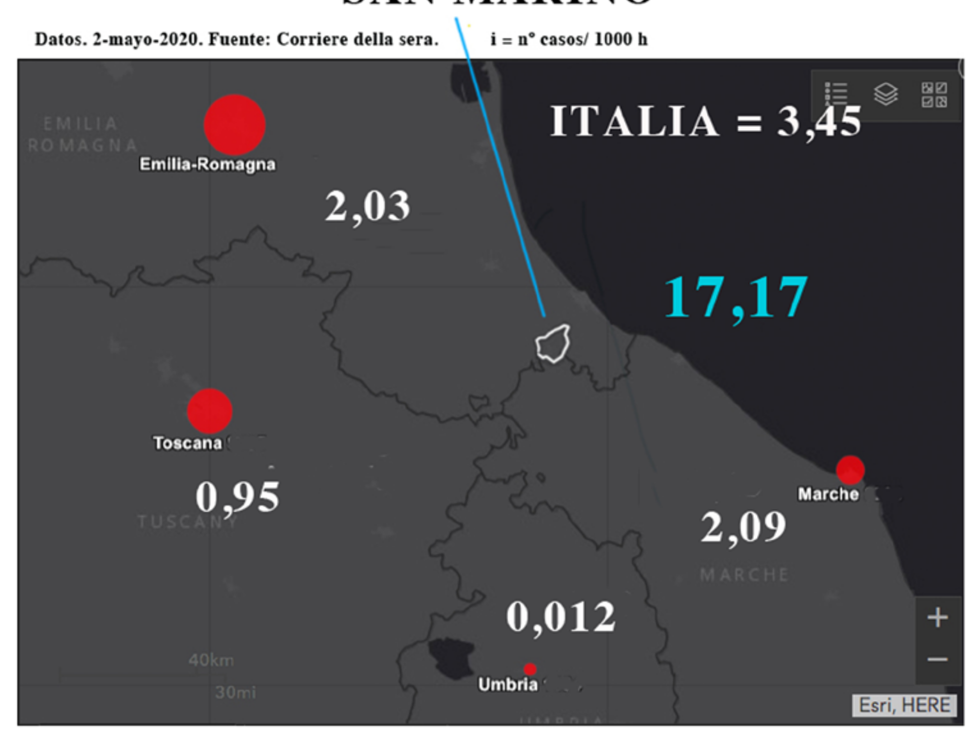
SAN MARINO



Resultado: San Marino el primer estado mundial con tecnología 5G es el estado con mayor nºcasos/1000h
4,07 veces más que Italia y 27 veces más que Croacia que no tiene 5G

Datos El País. 13/4/2020

SAN MARINO



San Marino tiene un índice 13,5 veces superior al de la media de las 4 regiones que le rodean, y 4,98 veces el de Italia.

Observaciones: Otra vez el efecto “frontera”. Arriba: Entre San Marino con 5G, Italia con 5G y Croacia sin 5G. Abajo: San Marino con las regiones contiguas. Es interesante observar que entre las dos imágenes hay 20 días de diferencia; en la segunda se incrementa la desproporción con Italia.

SAN MARINO LABORATORIO 5G

Gráfio 1.2.18

¿Qué está pasando en San Marino? El país más afectado por coronavirus del mundo

Con 21 muertes por coronavirus y casi 200 infectados, las estadísticas apuntan a que San Marino es el país más afectado por la pandemia: es el que presenta más muertes por millón de habitantes





Expansión

ORBYT. | Ediciones | Versión | Buscar... | Iniciar sesión

MERCADOS | AHORRO | EMPRESAS | ECONOMÍA | EXPANSIÓN&EMPLEO | JURÍDICO | TECNOLOGÍA | OPINIÓN | DIRECTIVOS | ECONOMÍA DIGITAL

Empresas | Tecnológicas | Banca | Energía | Distribución | Construcción e Inmobiliario | Transporte | Industria | Motor

EMPRESAS TECNOLÓGICAS

San Marino será la primera nación del mundo en implantar la red 5G

ÚLTIMA HORA

19:44 FC Barcelona: la hoja de ruta de Bartomeu tras la dimisión de seis directivos

18:43 SNCF firma el lunes su entrada en la alta velocidad española

18:34 Abanca formaliza este lunes en la junta general de Nueva Pescanova la toma de control de la pesquera

NEWSLETTERS

Personaliza la información económica que quieres recibir por secciones.
[Suscríbete]

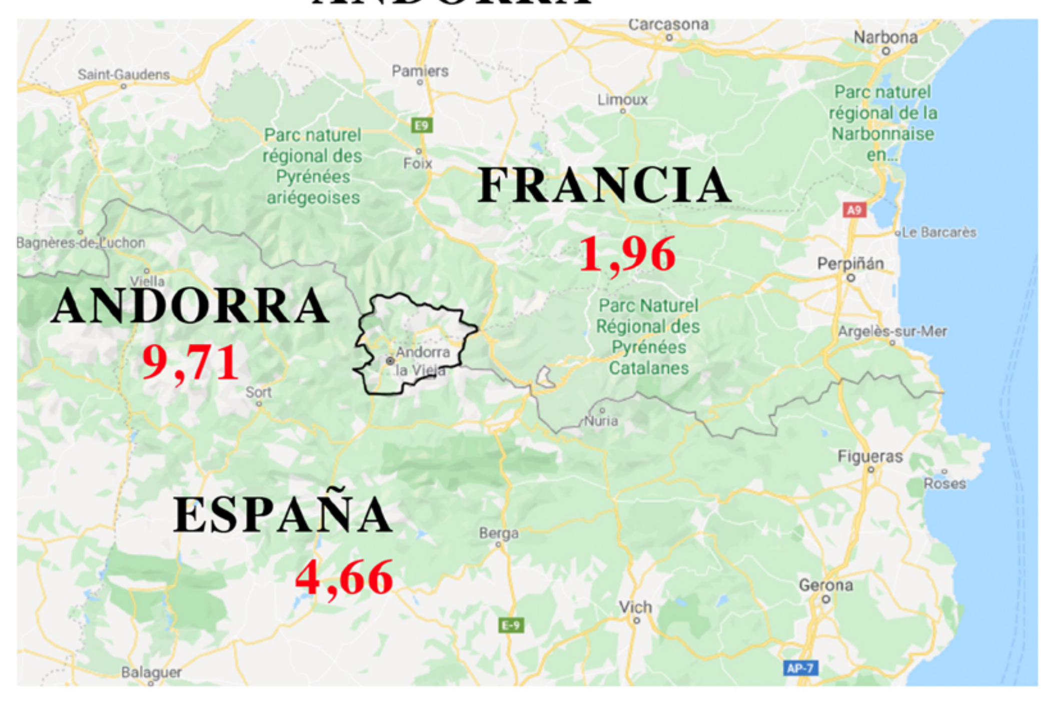
¿Qué está pasando en San Marino? Los ensayos para evaluar los posibles efectos de la radiaciones electromagnéticas, se hacen con modelos en los laboratorios; dicen que nunca sobre personas por cuestiones éticas.

1. 4/septiembre/2018. Primicia mundial:se inaugura la 5G en San Marino.
2. Los tests se realizaron a distancia, en el centro de investigación de TIM en Turín y allí se testean conexiones 5G basadas en ondas de frecuencia de 26GHz(1).
3. 15/abril/2020. El índice de casos/1000h era de 10,56, el 7 de mayo, 24 días más tarde, llega a los 18.
4. Estos datos y la frecuencia de prueba, demuestran que sí existe un “laboratorio in vivo” para la 5G.
5. El estudio de lo que ha pasado, pasa y pasará en este microestado, es fundamental para estudiar la causa-efecto de la tecnología 5G.

(1) https://www.xatakamovil.com/conectividad/san-marino-se-convierte-primer-pais-europeo-5g-gracias-a-tim-nokia

MICROESTADOS EFECTO "FRONTERA"

ANDORRA

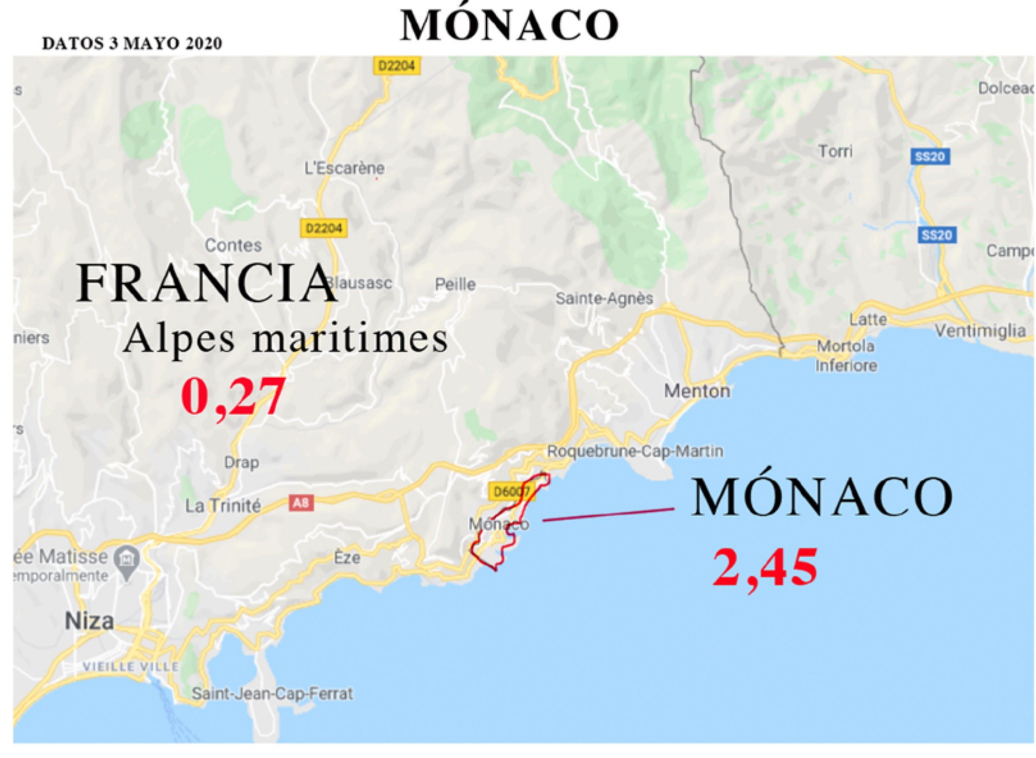


El índice de Andorra (con 5G) es más del doble que España (con 5G) y 5 veces más que Francia (con poca incidencia de 5G)

Datos 4 mayo 2020. Fuente etve.es OMS, JHU

MÓNACO

DATOS 3 MAYO 2020

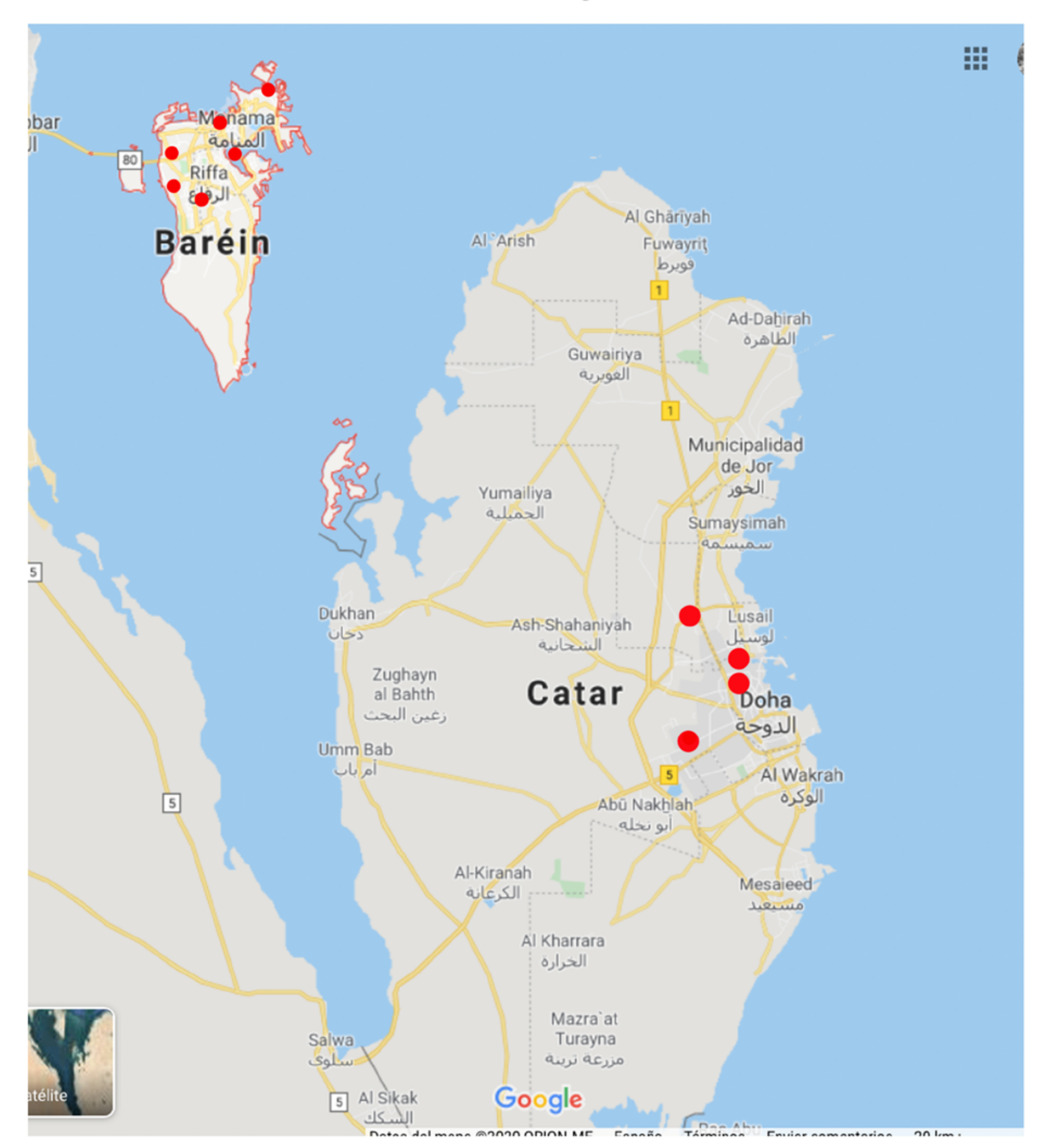


Mónaco presenta un índice 9 veces superior al de Alpes maritimes (Francia). Mónaco tiene 5G

Observaciones: Arriba: El efecto "frontera" y la asimetría entre Francia-Andorra-España. Más diferencia con Andorra y Francia que no tiene desplegada la 5G, menos con España con 5G. Abajo: El mismo efecto "frontera" entre Mónaco y Francia.

Gráfico 1.2.20

BARÉIN QATAR



Datos ookla 5g map y OMS JHU. de 4 junio 2020

	población	redes 5G	ìndice	nº ranking
Qatar	2.781.000	4	22,91	1
Baréin	1.569.000	6	8,16	5
España	47.000.000	22	5,13	14
Marruecos	35,220.000	0	0,22	127

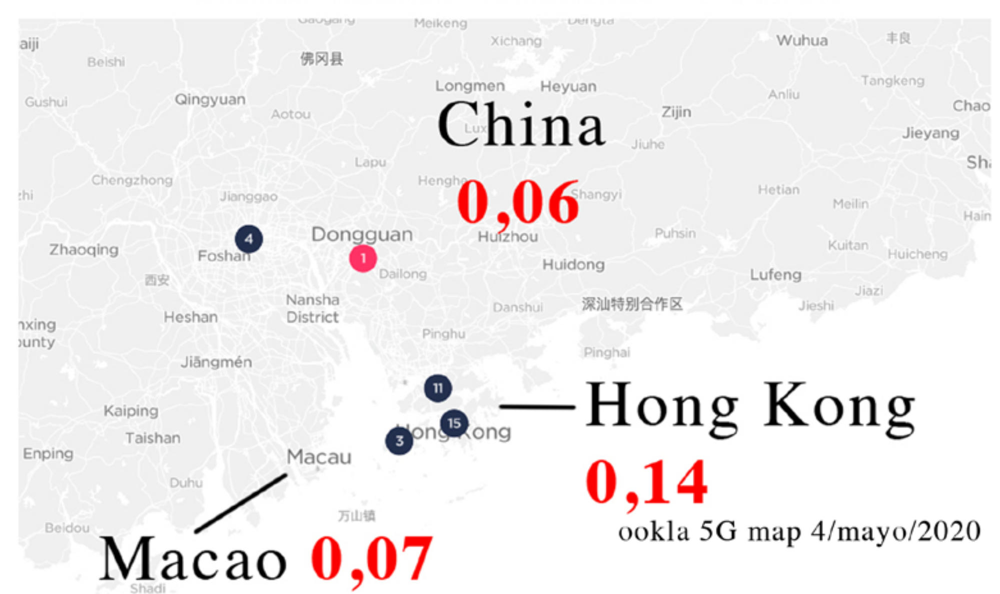
Observaciones:

- Baréin con 1 red/260.000h y Qatar con 1/695.000 ocupan lugares de cabeza entre los países con mayor índice
- España con 1 red/2.100.000h ocupa el lugar 14
- Marruecos con ninguna red ocupa el lugar 127

Gráfico 1.2.21

MICROESTADOS EFECTO "FRONTERA"

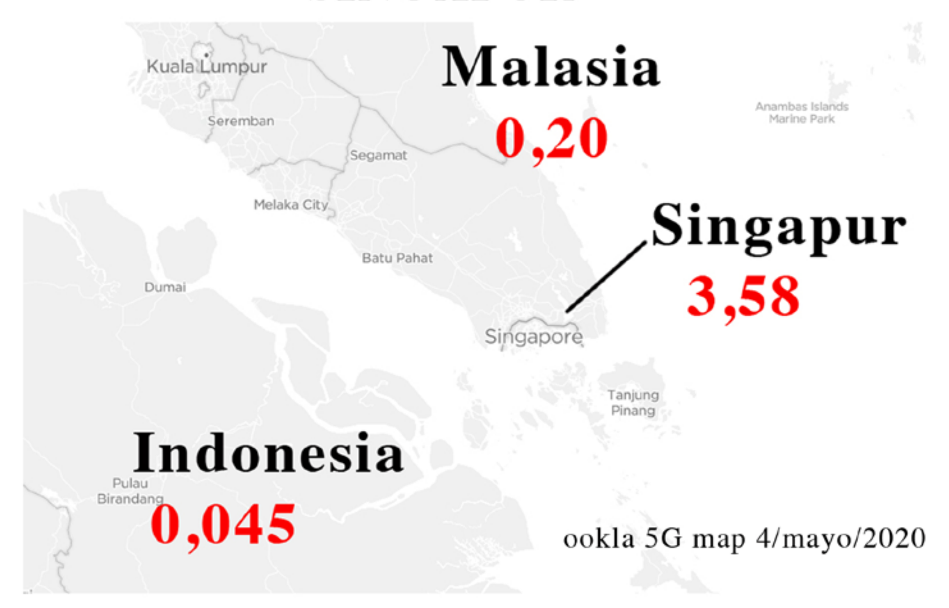
HONG KONG MACAO CHINA



Observaciones: Otra vez vemos el efecto "frontera". Hong Kong un microestado con cobertura generalizada 5G, presenta un 100% más de incidencia de COVID-19 que Macao sin 5G. China, al parecer dispone de 5G en la provincia de Cantón, pero con menos cobertura.

Datos 4 mayo 2020 rtve, OMS, JHU 5G: ookla 5G map

SINGAPUR



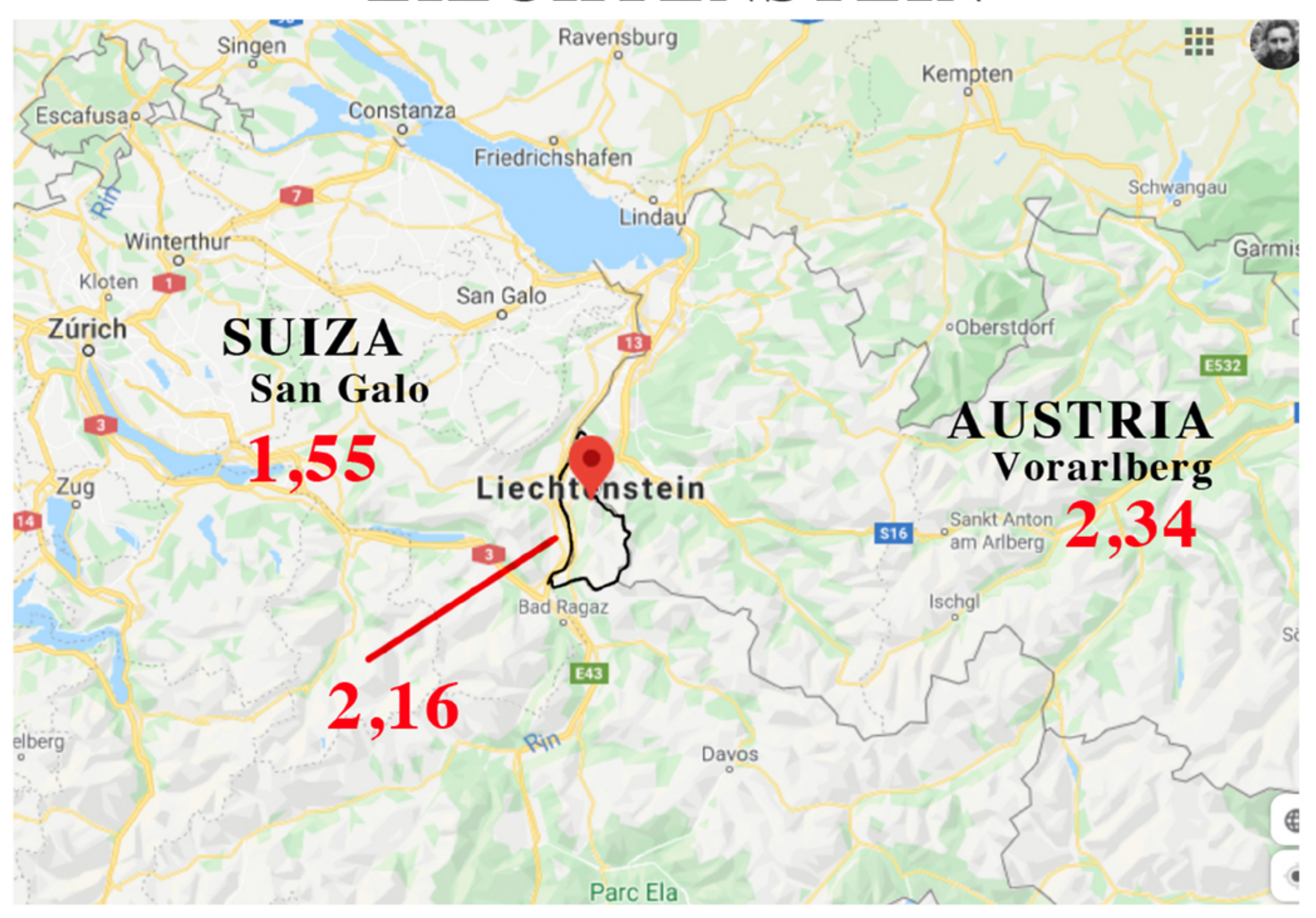
Observaciones: Otro efecto "frontera", entre Singapur y los países vecinos. Singapur con 5G en el 100% de su territorio presenta un índice de COVID-19 unas 18 veces mayor que el de Malasia si 5G, y 80 veces superior al de Indonesia sin 5G.

Datos 5 mayo 2020 . Fuente; rtve, OMS, JHU.

Observaciones. Arriba: Hong Kong con 100% de cobertura 5G doble en índice de los países vecinos. Abajo: la asimetría todavía es mayor; Singapur con 100% de cobertura 5G multiplica por 18 y 80 el de sus vecinos.

MICROESTADOS EFECTO "FRONTERA"

LIECHTENSTEIN

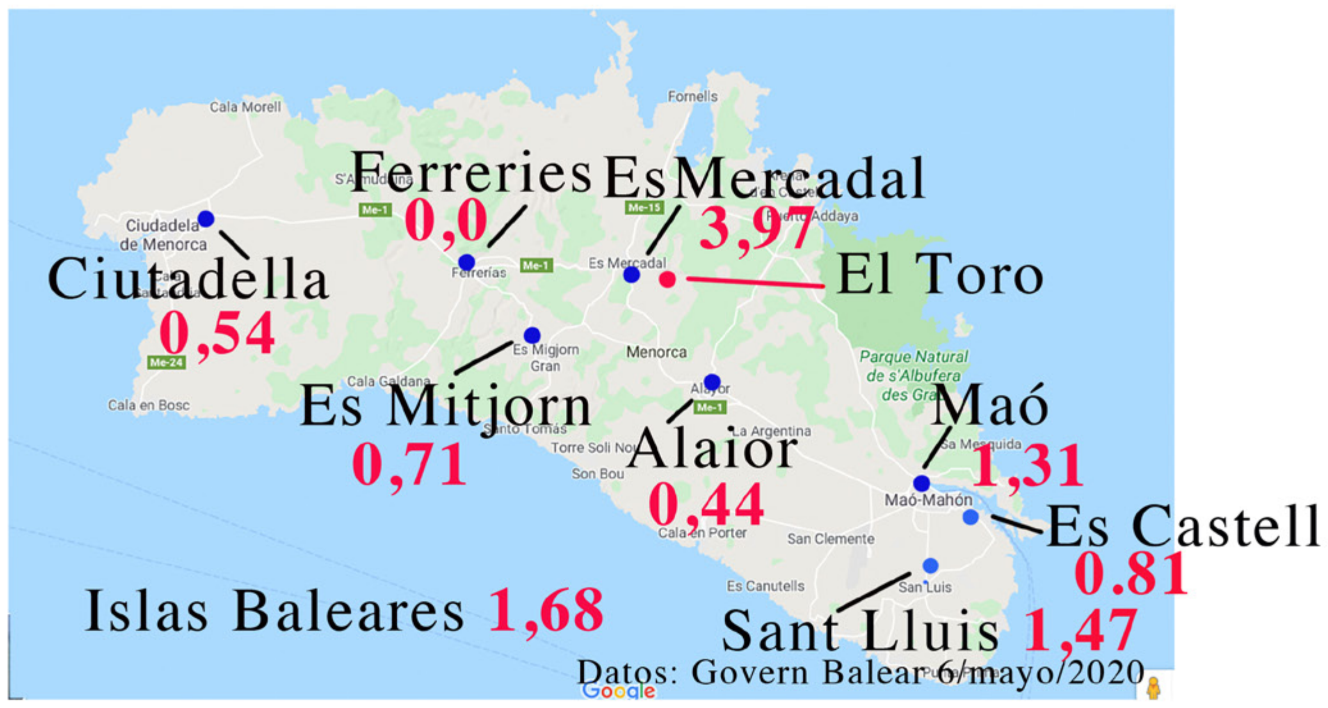


Datos 4 mayo 2020

Observaciones:
Liechtenstein es un ejemplo de un territorio sin 5G situado entre uno con 5G (Austria) y otro con mora toria 5G desde principios de abril (Suiza). Presenta valores intermedios de índice, tanto si consideramos el valor de las regiones cercanas como las de los estados: Suiza 3,40 y Austria 1,75.

ES MERCADAL (Menorca-España)

Gráfico 1.2.23



El bosque de antenas de El Toro

Hace 25 años se anunció que se agruparían en una, pero hoy no se perciben como problema y no están en la agenda política

Juan Carlos Ortego | 12/10/2015 Valorar:

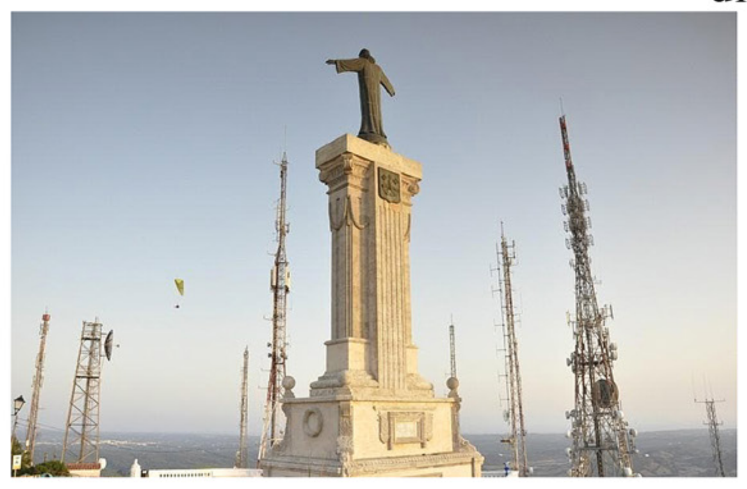
8



En Menorca, una de las islas de las Baleres en el Mediterráneo, es una especie de “San Marino” donde podemos estudiar el efecto de las emisiones electromágnéticas (sin 5G) y casos de COVID-19.

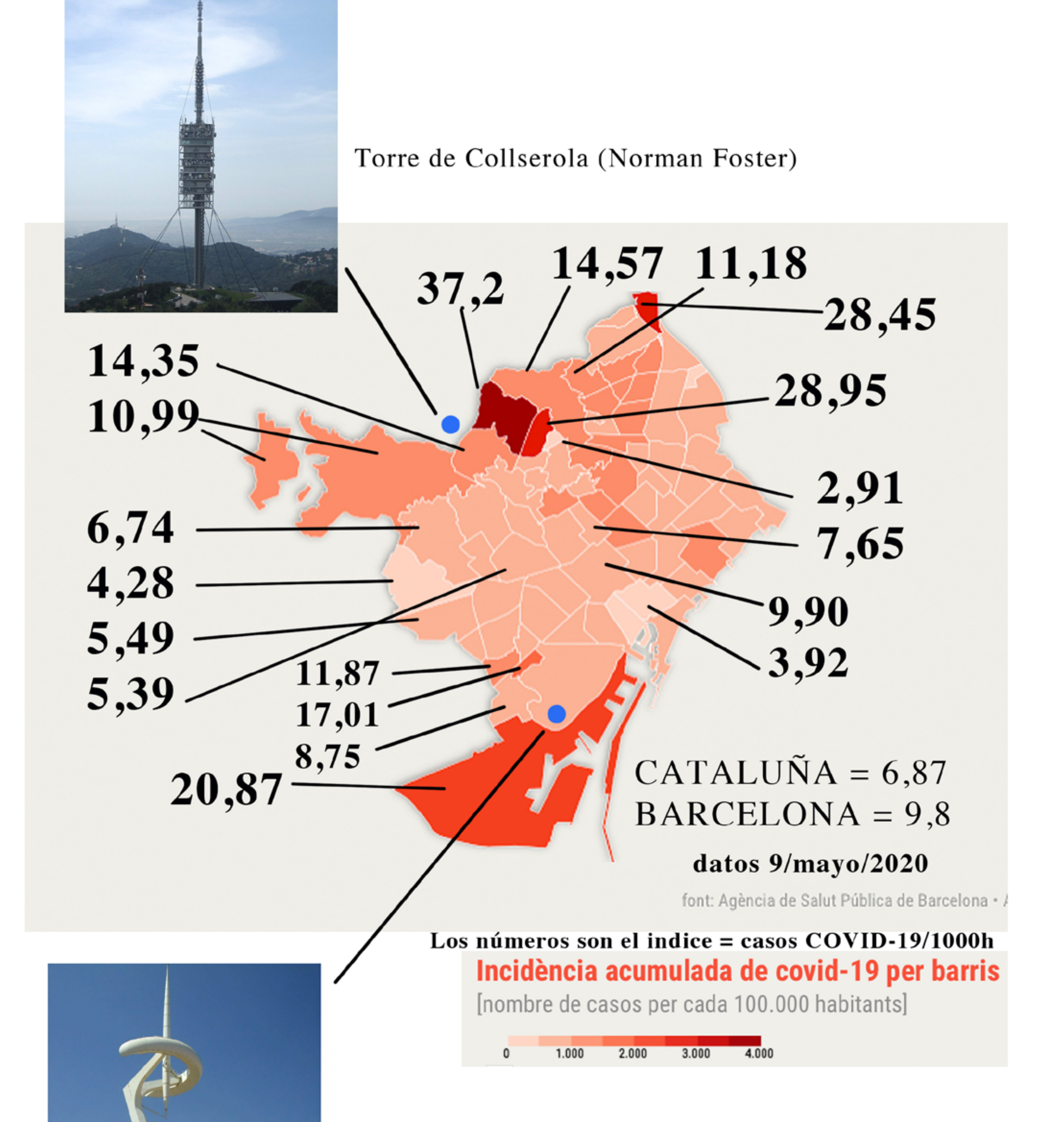
En el Monte Toro de 358m. se ubican todo tipo de antenas de comunicaciones.

Mercadal es la localidad de Menorca con mayor índice: 3,97. siendo 5,29 veces mayor que la media de las otras 7 localidades.



Observaciones:
Las imágenes y los datos son suficientemente evidentes para ver cual es la relación. Mercadal dista tan solo 1.500m del foco emisor de Monte Toro.

BARCELONA - DISTRITOS



Torre de Collserola (Norman Foster)

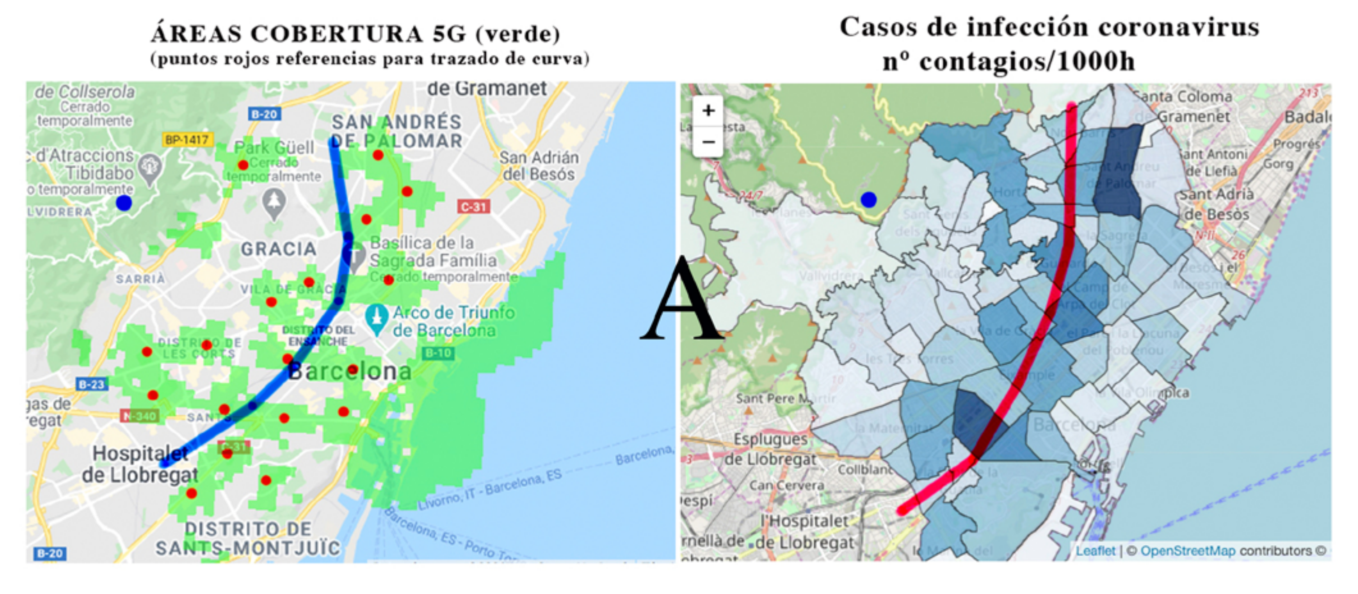
Observaciones:
Este esquema evidencia que los distritos cercanos a las Torres de comunicaciones de Collserola y Montjüic presentan índices mucho más elevados que los más distantes,

.

Torre de Comunicaciones de Monjüic (Santiago Calatrava)

BARCELONA (Evolución)

10 abril 2020



10 mayo 2020

● Torres Collserola y Montjüic

Incidència acumulada de covid-19 per barris

[nombre de casos per cada 100.000 habitants]

0 1.000 2.000 3.000 4.000

datos Generalitat de Cataluña
9/mayo/2020

B

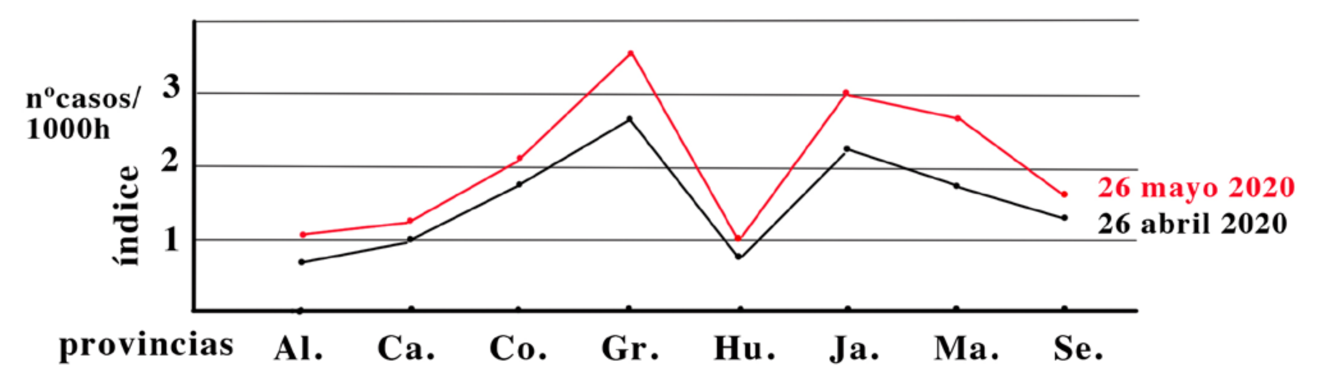
font: Agència de Salut Pública de Barcelona •

Observaciones: Un mes de diferencia entre las dos gráficas de distribución de los índices por barrios. Mientras la A guarda relación con la ubicacion con la cobertura 5G, la B guarda relación con el emplazamiento de las torres de telecomunicaciones.

GRANADA (España)

Gráfico 1.2.26

Datos de Junta de Andalucia para ocho provincias:
Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga, Sevilla



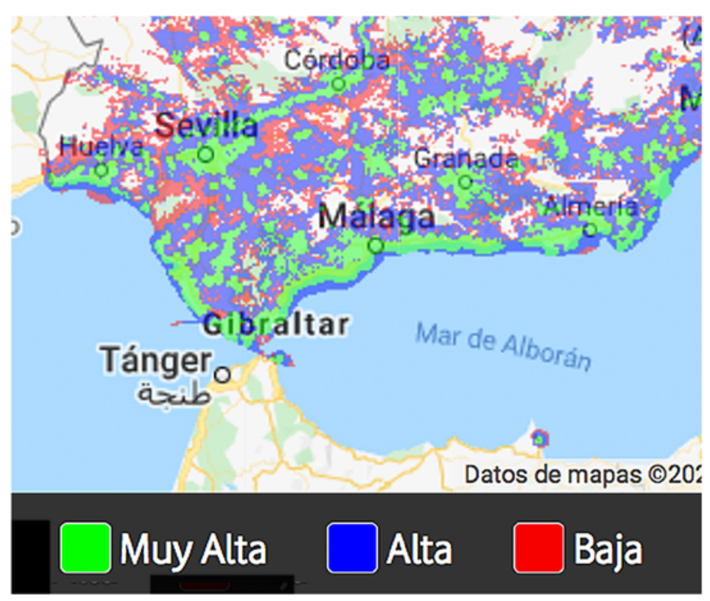
Observaciones:
El incremento porcentual en 30 días es similar en las ocho provincias
Almería, Cádiz y Huelva destacan por la parte inferior
Córdoba, Granada, Jaén, Málaga y Sevilla con valors superiores
Destaca Granada con valores más altos

Mapa Vodafone
Ciudades con 5G (abril 2020)



Mapa Vodafone cobertura 4G+

(26 abril 2020)



Observaciones:

- Vodafone incorpora a finales de mayo 6 ciudades, ninguna en Andalucía
- Vemos que en la cobertura 4G+ Granada destaca con cobertura alta y muy alta
- La tecnología 4G+ opera en la banda de frecuencias de la 5G
- En la zona costera la cobertura 4G+ es muy alta pero habría que minimizar su posible influencia debido a que de enero a mayo está menos fecuentada.

Gráfico 1.2.27


Granada Hoy GRANADA

GRANADA PROVINCIA ANDALUCÍA SOCIEDAD ECONOMÍA GRANADA CF DEPORTES ACTUAL OPINIÓN TODAS LAS SECCIONES

GRANADA VIVIR ONGRANADA MUJERES HOY SER SOLIDARIOS SIERRA NEVADA CÓMETE GRANADA

GRANADA HOY En la batalla del coronavirus: mantenemos nuestra cita en los quioscos con despliegue informativo sobre la pandemia

GRANADA

Las antenas para telefonía móvil 'made in Granada' lideran el sector

- La empresa de telecomunicaciones ESB Sistemas amplía su fábrica en Granada para dar soluciones a todos los operadores

Últimas noticias Más leído

1 Dos investigados por robar en una nave municipal y en una almazara de Pinos Puente (Granada)

2 Las empresas del gran consumo lamentan la muerte de Álvarez Vigil

3 El nuevo frente de la Junta con las universidades: el polémico recorte de los 135 millones

4 España, el segundo país

Orgiva

Fotos autor: vicentiny en es.wikiloc.com

Vaticano - Roma

Gráfico 1.2.28



*** El Vaticano, un microestado enclavado en Roma. Con similitudes sociales y culturales, presenta un índice 7,79 veces mayor que Roma**

*** El Vaticano no tiene 5G(?); Roma, sí**

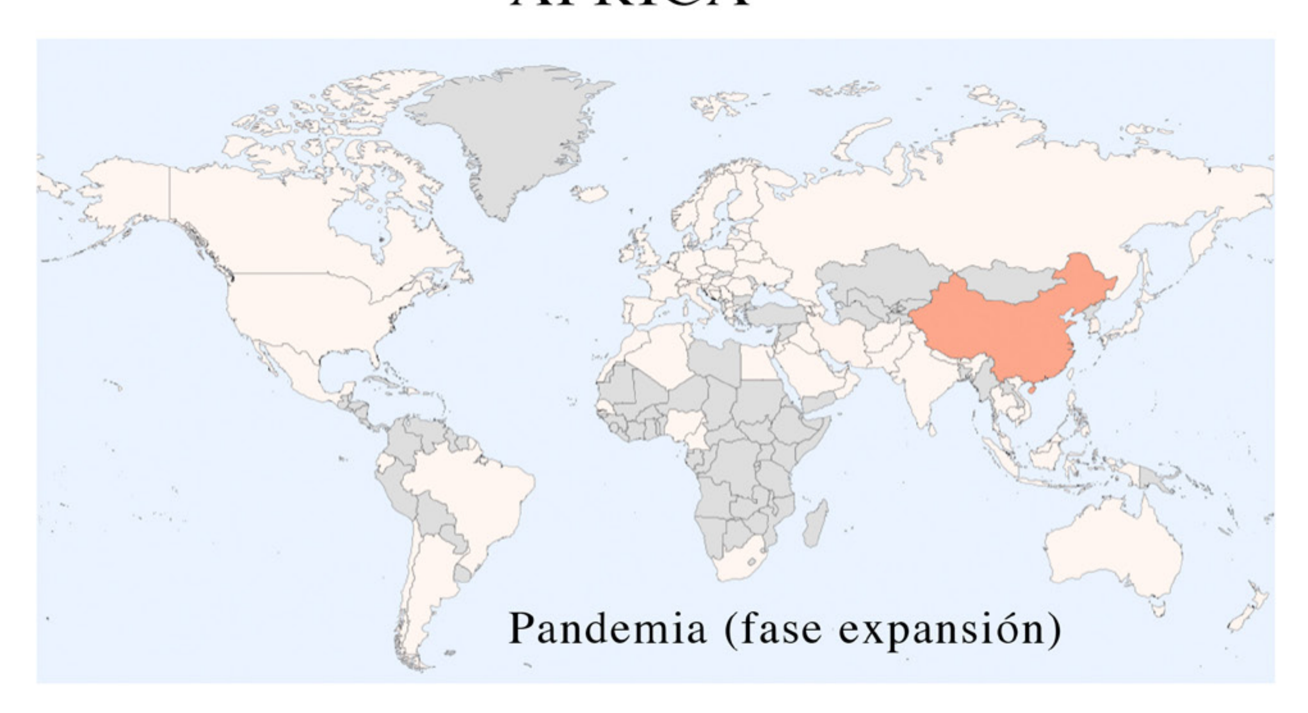


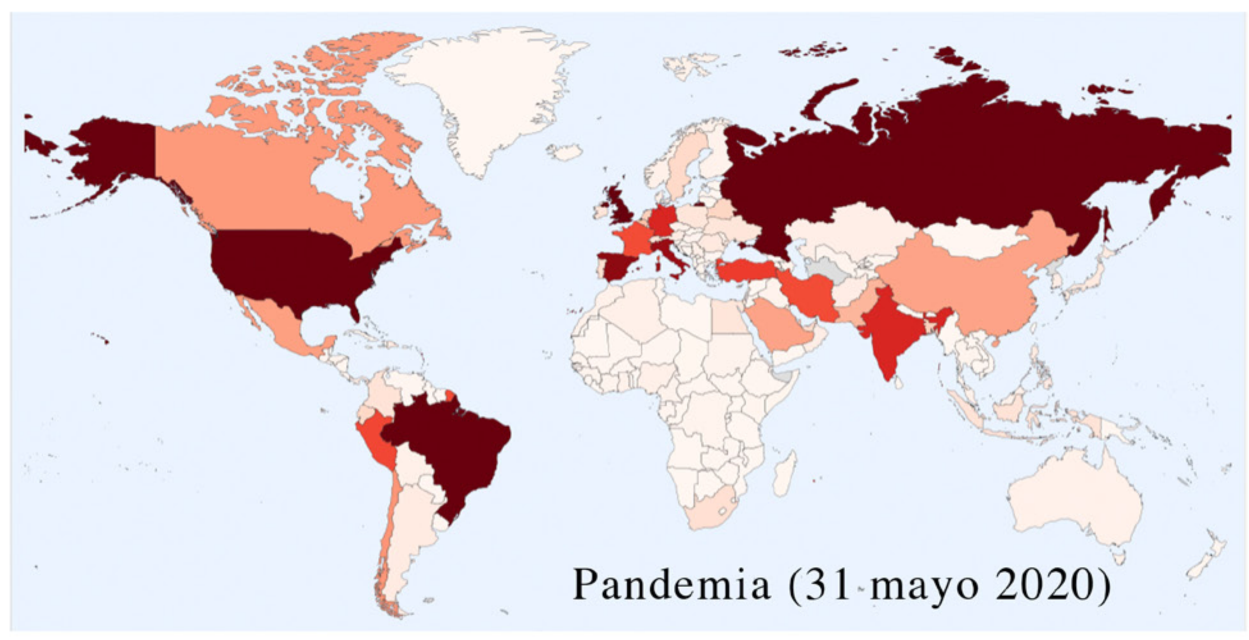
Vodafone cobertura movil 4G+

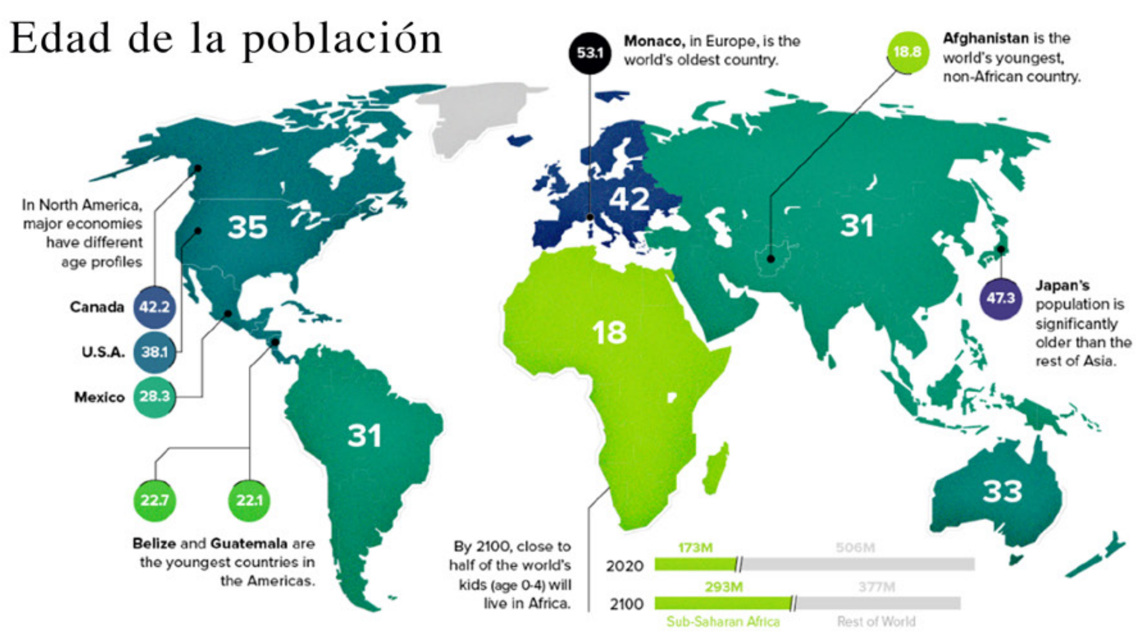


Observaciones:

El Vaticano con toda la red de comunicaciones de un estado y con cobertura 4G+ que usa una banda de frecuencia dentro de la 5G

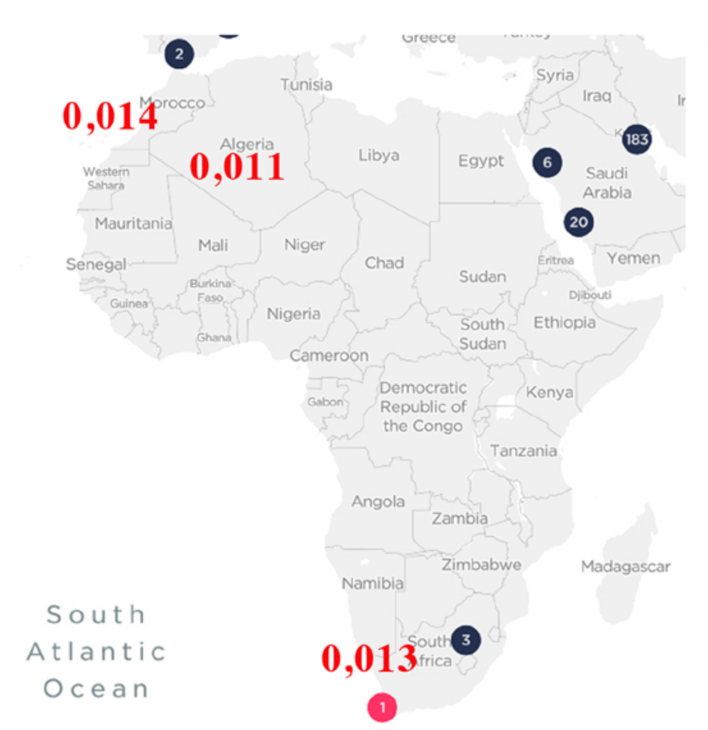

Pandemia (fase expansión)


Pandemia (31 mayo 2020)

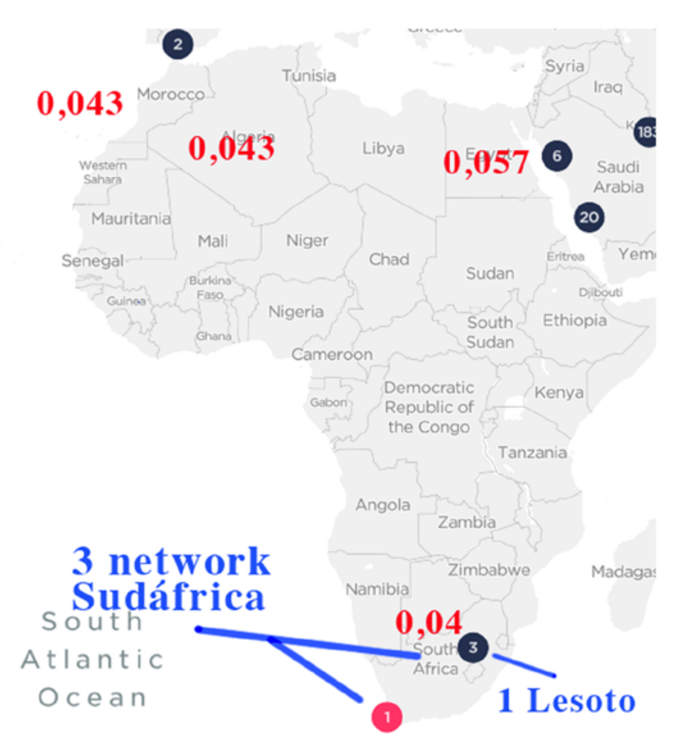

Edad de la población
53.1
Monaco, in Europe, is the world's oldest country.
18.8
Afghanistan is the world's youngest, non-African country.
In North America, major economies have different age profiles
Canada 42.2
U.S.A. 38.1
Mexico 28.3
35
42
31
18
31
33
47.3
Japan's population is significantly older than the rest of Asia.
22.7
22.1
Belize and Guatemala are the youngest countries in the Americas.
By 2100, close to half of the world's kids (age 0-4) will live in Africa.
2020 173M 506M
2100 293M 377M
Sub-Saharan Africa
Rest of World

ÁFRICA-SUDÁFRICA

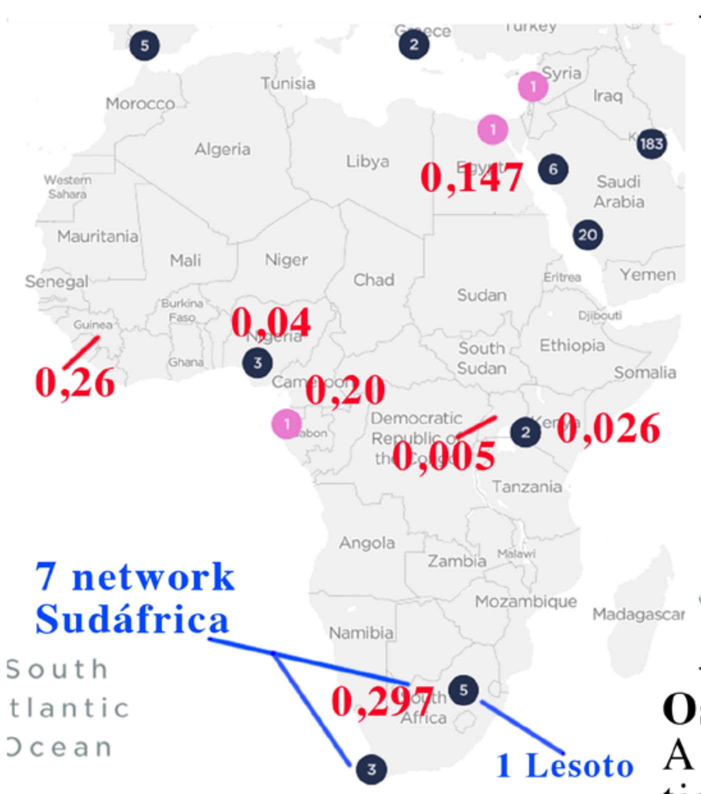
4 abril 2020



12 abril 2020



20 mayo 2020



29 mayo 2020

0,21
0,213
0,014
0,211
0,211
0,045
0,286
0,215
0,007
0,006
0,797
0,109
0,031
7 network Sudáfrica
0,009
0,009
0,015
0,079
0,025
0,449
1 Lesoto

fuente: OMS, JHU.

Oservaciones:
A 29 de mayo del 2020 Sudáfrica tiene un índice 16 veces superior al de los 4 países con los que comparte frontera en el norte.

ÁFRICA-SUDÁFRICA

0,157

0,220

0,1067

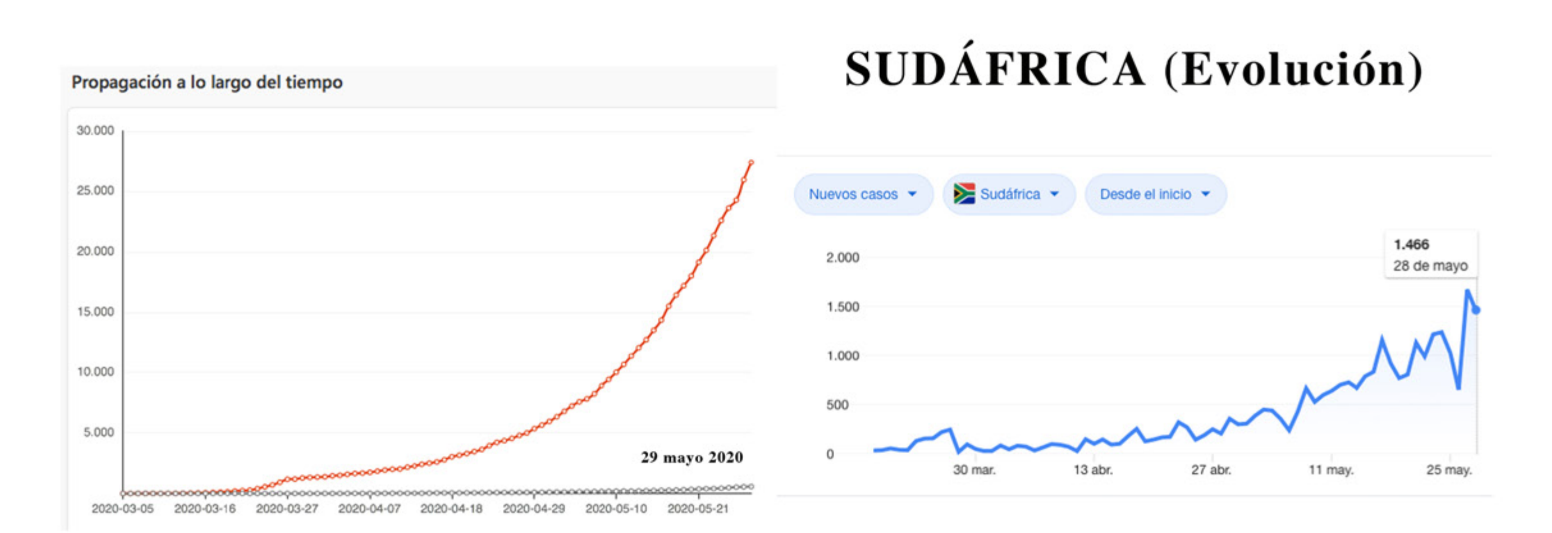
0,536

datos 30 mayo 2020

fuente: rTVE, OMS, JHU

Observaciones:

- Comparación del índice (nº casos/1000h) entre el "África negra" y países del norte y sur.
- La diferencia es del 206%.

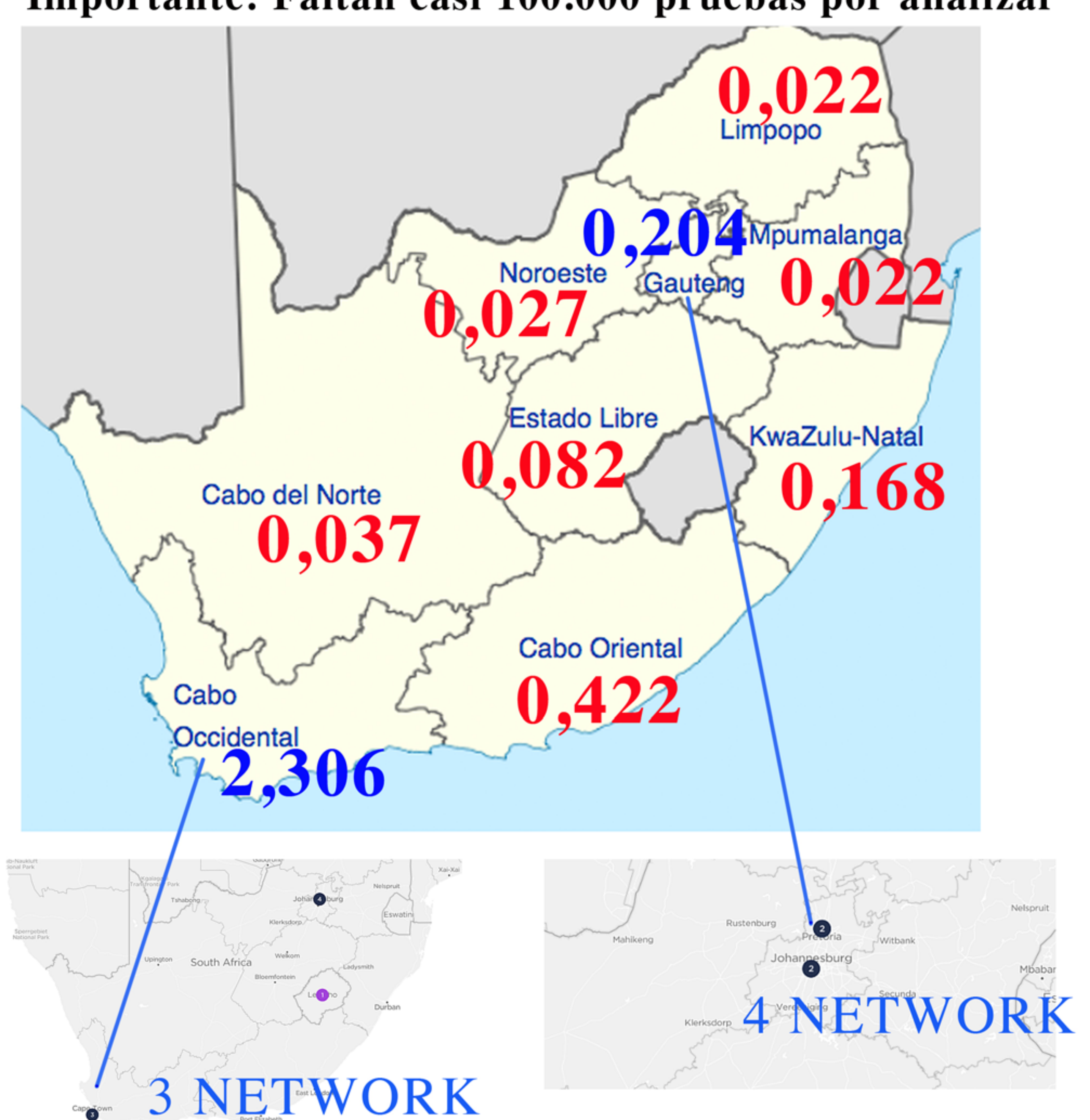


SUDÁFRICA

Gráfico 1.2.32

29 mayo 2020 nº casos /1000h fuente: wikipedia

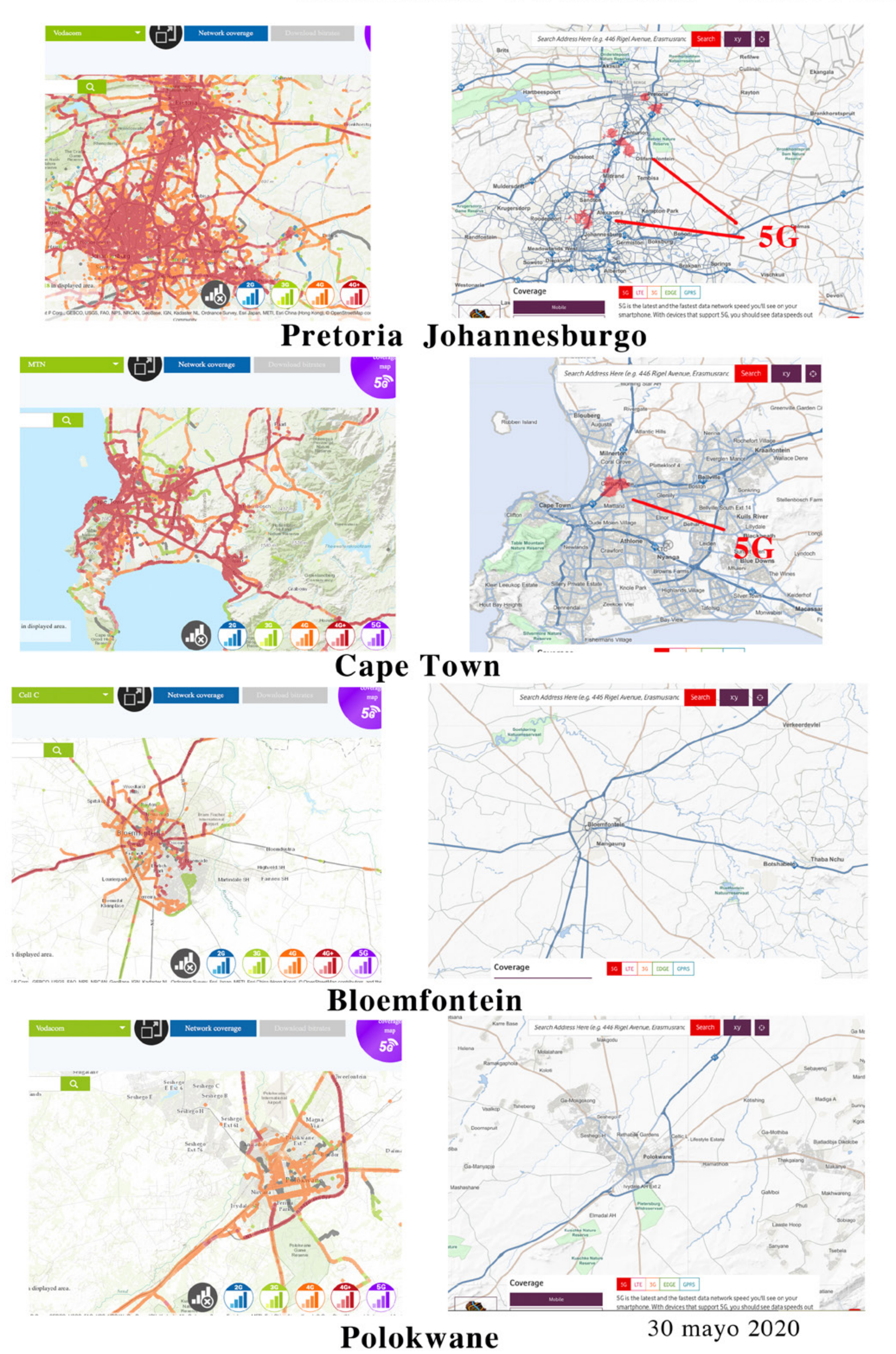
Importante: Faltan casi 100.000 pruebas por analizar



Observaciones:

- Faltando casi 100.000 pruebas por analizar no es posible hacer conclusiones con fiabilidad
- Los territorios sin 5G que rodean a las 3 ciudades con 5G: Pretoria, Johannesburgo, Ciudad del Cabo presentan unos índices muy inferiores
- Sería muy interesante saber los índices de estas 3 ciudades

CELLULAR COVERAGE Gráfico 1.2.33



Inglaterra o en EE.UU. los africanos de raza negra estarán expuestos a más REM 5G porque

I.3 Análisis de otros factores que puedan influir en los valores del índice de casos de Covid-19

En pocos debates se plantea las posibles causas del anómalo comportamiento de esta “pandemia” y las posibles variables que puedan influir; entre ellas, se citan las siguientes: Tamaño de las ciudades, densidad de población, nivel económico, costumbres sociales, clima, acceso a la tecnología, confinamiento, velocidad de respuesta del gobierno, edad de la población, cultura. Coincido con lo publicado en el New York Times en que todas ellas pueden refutadas y fácilmente rebatibles, pero los especialistas consultados no se pusieron de acuerdo en cual es el factor discriminante de esta “pandemia”(1). Curiosamente falta mencionar en los debates el efecto potenciador de la contaminación electromagnética y las vacunas.

El encontrar cual es este factor discriminante en esta ecuación debería ser el objetivo de cualquier investigador que quiera saber el “qué” y el “cómo” de esta “pandemia”. Y a esto precisamente lo tratamos a continuación en este estudio.

(1)https://www.ilmessaggero.it/mondo/coronavirus_il_rebus_dell_epidemia_perche_alcuni_paesi_sono_piu_toccati_di_altri-5206123.html

1.3.1 Renta per capita. Factores sociológicos.

En el gráfico 1.3.1 vemos que 7 de los 10 países más ricos poseen 5G, cosa que no ocurre en en ninguno de los más pobres; demuestra pues una relación entre 5G y el nivel económico. Es de pura lógica que no se trata de una relación causa-efecto, ya que los agentes causantes de las infecciones no distinguen entre tejidos y órganos de gente rica o pobre. Pero sí es una condición necesaria para acceder a una tecnología cara el disponer de capital para su uso e instalación.

1.3.2. Densidad de población.

Contrariamente a lo que muchos opinan sin pruebas, no es un factor decisivo en esta enfermedad. En el gráfico 1.3.1 vemos como la 5G está presente tanto en territorios con más y también con menos densidad de población. Hong Kong con un índice (casos/100h) de 0,14 es el tercer país más denso del mundo y Islandia con índice de 5,10 es el tercero con menos densidad. Que el índice sea más elevado en algunos países con mayor densidad obedece también a que hay más tecnología, mayor intensidad de REM y más posibilidad de negocio al implantar la 5G.

1.3.3 Uso de tecnología.

Tomamos como indicador de referencia el uso de teléfonos celulares por la población. Aquí sí vemos una diferencia entre países con más o menos teléfonos (Gráfico 1.3.3). Encontramos la 5G en 4 de los 10 países que disponen de más teléfonos por cada 100 habitantes. Ello nos indica que no es rentable instalar las nuevas tecnologías en países pobres o sin tecnología avanzada. Y que es una condición necesaria, pero no suficiente, el disponer de celulares y por

tanto de otros aparatos inalámbricos para implementar su capacidad de conexión. No existe una relación directa entre los 10 países con más celulares y su índice de casos/1000h, ya que el mayor de ellos el índice es de 1,52.

1.3.4 Tamaño de las ciudades.

Se ha dicho que en las ciudades más grandes hay más casos de Covid-19, esto es lógico, pero lo importante es la proporción no los valores absolutos. Si así fuera, las ciudades más pequeñas deberían presentar índices menores; y resulta todo lo contrario. En el gráfico 1.1.1-B vemos que los 4 territorios con mayor índice de todo el mundo son 4 microestados, San Marino, Andorra, Qatar y Luxemburgo (y serían 5 si contabilizamos la Ciudad del Vaticano). No consideramos pues tampoco el tamaño como factor discriminante. Al no disponer de datos sobre el índice de las ciudades más grandes, es difícil su evaluación directa. Sin embargo en el gráfico 1.3.3 vemos que de las 10 ciudades más grandes del mundo 5 tiene tecnología 5G. De las 10 ciudades solamente una, Nueva York, presenta índices elevados, pero también coincide en que en ella hay operativas la mayor concentración de redes 5G del mundo: 910 (a 5/mayo/2020). Con todo esto concluimos que el tamaño de la ciudad no es un elemento significativo en la ecuación 5G-COVID-19.

1.3.5 Clima.

Es un factor que suele influir en la distribución geográfica de las epidemia, hasta incluso ser un factor determinante en las enfermedades infecciosas endémicas. Puede que en este caso influya, pero sin ser un factor limitante; ya que el COVID-19 se da en países del hemisferio norte y del sur, donde en una parte es verano y la otra invierno, y abarca desde Canadá al sur de Argentina y Chile. Las universidades que han estudiado el tema no coinciden en sus conclusiones, excepto que parece que hay menos “contagios” en zonas ecuatoriales que en zonas frías. Como vemos en el gráfico 1.3.9 la Región de Magallanes 5,29 presenta un índice similar al de Islandia 5,95. Por todo lo anterior, tampoco el clima es un factor decisivo en la ecuación. Parece ser que a este “virus”, de momento, no le afecta demasiado la temperatura ni la humedad; otra cosa nada habitual.

1.3.6 Contaminación atmosférica.

La OMS estima que 9 de cada 10 personas en el mundo respiran aire contaminado y cerca de 7 millones de personas mueren cada año por la exposición a las partículas finas contenidas en el mismo. En Europa unas 800.000 y en España unas 10.000 (1).

En primer lugar, veamos si existe una relación a gran escala entre contaminación y casos de COVID -19. Si observamos la imagen A del gráfico 1.3.2 vemos reflejada la distribución de contaminación de gases CO, NO2, SO2, O3 (2), en la B vemos la distribución geográfica de la pandemia de la gripe A, y en la C del COVID-19. Entre A, B y C se aprecia una cierta relación: China, Australia, Europa, Oriente medio, USA, Sudáfrica; pero no con Brasil y Argentina. Algo similar pasa con la gripe estacional.

Si ahora cambiamos al gráfico 1.3.5, también vemos esta correlación, y todavía más si en lugar de mirar el ookla map de 10 de mayo miramos el de 4 de abril (gráfico 1.2.5) en que en Sudáfrica había 4 redes 5G y ahora (septiembre 2020) aparecen 15. En Sudamérica había 5 y ahora hay 17. Aquí no vamos a insistir en la relación COVID-19 y emplazamiento 5G ya que ha quedado demostrado; pero sí decir que lógicamente la relación causa-efecto de estas instalaciones siempre serían "a porteriori" a su implantación, por lo que lo más preciso sería el comparar la distribución temporal de la 5G con el índice de los meses siguiente. Lo que si interesa extraer de todo este razonamiento es si existe relación entre contaminación y índice de COVID-19.

Continuamos. La Universidad Martin Luther Halle-Wittenberg de Alemania, en abril 2020 publicó una investigación en que relacionaba los casos de COVID-19 con los valores de NO2 (dióxido de nitrógeno) en la atmósfera, recogidos durante enero y febrero del 2020 (3)(4). En la misma los investigadores reconocen que esta correlación "debe examinarse para otras regiones y ponerse en un contexto más amplio". Vamos a hacerlo.

En el gráfico 1.3.6 vemos que en USA hay una correlación entre los anteriores parámetros, constatando a la vez, como siempre, que también existe la correlación entre índice de COVID-19 y implantación de 5G.

Para afinar más en el asunto consultamos el gráfico 1.3.7 en relación con Europa. A primera vista ambos factores parece que siguen correlacionándose, pero cuando aplicamos los índice presentan muchas excepciones: España con 4,58 y niveles de NO2 inferior a Alemania, Inglaterra, Italia. Portugal con 2,46 (con NO2 inferior a Alemania, Letonia, Turquía y Francia). Suiza con 3,45 no presenta contaminación. Irlanda con 4,20 y contaminación inferior a Inglaterra, Alemania, Italia, Francia, Letonia.

El gráfico 1.3.4 nos aclara un poco más la situación. Sorprendentemente a lo que cabría esperar, 18 de las 20 ciudades con más contaminación del mundo pertenecen a países con bajos índices de COVID-19, India con 0,046 y Pakistán 0,135. Y, además, entre las 15 de la India (puntos azules), solamente 2 ciudades de esta lista (puntos amarillos) figuran en la lista de las 10 con mayor índice. Esto implica que las otras 13 tendrán valores inferiores.

Por otra parte, veamos lo que sucede si invertimos el planteamiento. En el mismo gráfico figura el ranking de las 10 ciudades menos contaminadas del planeta, junto a ellas adjunto el valor del índice de los estados a los cuales pertenecen ya que no dispongo de los de dichas ciudades. Es de suponer, por lo que ya ha sido demostrado, que sus índices son superiores a la de sus estados. Estas cifras tampoco avalan la hipótesis de una relación directa NO2-COVID-19 ya que a menos contaminación solamente encontramos valores bajos en 5 ciudades.

Todo ello, sumado con lo que hemos visto de Europa, parece apuntar de momento, a que la contaminación atmosférica, no se comporta como una variable discriminante en el proceso

de mayor nº de “contagios”. Otra cosa es, que una vez iniciado el proceso fisiológico de la enfermedad, la contaminación atmosférica seguramente contribuye a agravar el cuadro clínico COVID-19; cosa que aquí no analizo.

(1) https://www.lavanguardia.com/vida/20191126/471881709587/la-contaminacion-causa-10000-muertes-ano-espana-y-7-millones-en-el-mundo.html
(2) http://aqicn.org/map/world/es/
(3) https://gacetamedica.com/investigacion/la-polucion-por-dioxido-de-nitrogeno-impacta-en-muertes-por-covid-19/
(4) https://www.journals.elsevier.com/science-of-the-total-environment

1.3.7 Grado de confinamiento.

En general después de los primeros meses no se observa una diferencia significativa entre los índices de países con diferentes grados de confinamiento. En el gráfico 1.3.8 estudiamos 16 países de América del Centro y del Sur con diferentes grados de confinamiento. No observamos una clara diferencia de índice entre los más y los menos restrictivos. De todas maneras, esto es un dato que debe ser tomado en cuenta al final de la epidemia por el siguiente motivo biológico. Lo más aconsejable para que el cuerpo humano se vaya inmunizando, sin estar expuesto a una carga viral excesiva, es que las restricciones de contacto social sean moderadas, tomado las medidas habituales de no entrar en contacto directo y próximo con gente afectada. Esto provoca que la curva de casos al principio tenga mayor pendiente acelerando el proceso de inmunidad de la población. Al cabo de un año, es posible que los casos de defunción sean similares entre países vecinos con y sin restricciones, pero los ciudadanos del país con mayor confinamiento tendrán menos inmunidad frente a otra posible epidemia del mismo “virus”. Será interesante ver los resultados, como los que se estan dando en Suecia sin confinamiento.

Si forzamos la experiencia y analizamos el caso de dos portaaviones o del crucero Diamond Princess (ver capítulo 1.2.10), vemos que el confinamiento aumento los contagios. El caso del crucero, un estudio de la Universidad de Umea concluye que si los pasajeros hubieran sido desembarcados, unos 70 hubieran resultado infectados en lugar de más de 600 después del confinamiento en el barco.

1.3.8. Edad de la población.

Se ha publicado hasta la saciedad que las personas de mayor edad eran los más afectados. Pero muchos de los gráficos de casos positivos demuestran que no es exactamente así, una cosa es dar positivo, otra presentar los síntomas, otra morir “por” Covid-19, y otra morir “con” Covid-19. Según reciente estudio de la Universidad de Oxford, entre los adultos, los que tenían entre 40 y 64 años tenían el mayor riesgo de dar positivo para el SARS-CoV-2 (1) (Gráfico 1.3.10). Resulta que se ha comprobado que las cifras oficiales, al menos en España y muchos países, atribuían a muerte por COVID-19 las defunciones por otras causas (Gráfico 1.3.11). Lo que pasa, es que como suele suceder casi siempre, las personas de más edad cumplen con una

ley biológica, que es la de tener tendencia a morirse más que los jóvenes; esto es una ley de vida y que no hace excepcional a esta enfermedad por este motivo. Sin embargo, una persona joven tiene por lo general un sistema inmune mejor que una de más edad; y como ya hemos visto en África es un factor importante en la ecuación, pero cuando introducimos el factor "vacunas antigripales" de ≥ 65 años; entonces las diferencias se incrementan todavía más.

(1) https://www.upi.com/Health_News/2020/05/15/COVID-19-discriminates-along-racial-socioeconomic-lines-study-finds/2561589571572/

1.3.9. Conectividad de vuelos internacionales.

Según un estudio efectuado por Alonso Mateos y Eloy Vicente analizando la frecuencia y la conectividad de los vuelos internacionales, llegan al conclusión de que hay una relación directa con los casos de coronavirus; dando como muestra los seis países con mayor número de infectados acumulados a 14 de abril de 2020 por este orden, España, Reino Unido, Alemania, Estados Unidos, Italia y Francia (1). En relación a este estudio debemos puntualizar. Primero, que de este estudio como es lógico, no se puede deducir una causa-efecto; pero sí confirmar lo que ya se sabe, que cualquier persona con una afección puede viajar en avión y transmitir dicha infección en el lugar de destino. Segundo, que no está en contradicción con lo publicado en esta investigación, ya que podría explicar en parte como se difunde el "virus" en la 1ª y 2ª fase de "pandemia", pero no cumple con la 3ª y la 4ª, cuando ya se habían clausurado los vuelos. Tercero, está en desacuerdo con lo publicado en relación a la lista de los 10 estados con mayor índice de COVID-19, encabezada por San Marino, Andorra, Qatar, Luxemburgo y Islandia. San Marino y Andorra no tiene aeropuerto y los otros 3 con escasa actividad. Sin duda un factor a tener en cuenta, pero en ningún caso como variable discriminatoria del proceso.

(1) https://theconversation.com/covid-19-analizamos-el-papel-de-los-vuelos-internacionales-en-su-propagacion-137825

1.3.10 Variabilidad genética de la población

En el estudio (citado en el apartado "Edad de la población") de la Universidad de Oxford con 3.800 personas examinadas entre 28 enero y 4 abril 2020, en el que 587 dieron positivo comprobaron que: los hombres representaron más de la mitad de las pruebas positivas y más del 60 por ciento de los adultos negros evaluados dieron positivo al "virus" [PCR+], en comparación con solo el 16 por ciento de los adultos blancos evaluados.

Hoy en día existe la biotecnología necesaria para modificar agentes patógenos específicos para una determinada etnia. - "En octubre del 1998 se publico que Israel tiene planes para la creación de un arma biológica diseñada para eliminar solo a cierto tipo de árabes, informó el The Sunday Times. Según la versión del semanario británico, científicos israelíes involucrados en el desarrollo de la llamada bomba étnica tratan de aprovechar los descubrimientos médicos que permiten identificar los genes."La intención es utilizar los virus y ciertas bacterias para al-

terar el código genético" en las células de algunos grupos, asegura The Sunday Times. El plan es crear microorganismos letales que afecten tan solo a quienes posean un DNA específico. Los virus serían difundidos en el aire o en los sistemas de agua potable....William Cohen, el secretario de Defensa norteamericano, admitió haber recibido informaciones de que algunos "estaban trabajando en la creación de agentes patógenos con fines étnicos". Citando a "una alta fuente occidental", el Sunday Times sostiene que Cohen se refería, entre otros, a Israel. (1)

De 1998 hasta 2020 la ciencia ha progresado mucho y hoy en día podemos afirmar que esto es posible. Esto daría explicación o estaría en relación con el dato de que en China se encuentra una variedad del "virus" que no se encuentra en el resto del planeta y que este "virus" parece étnicamente selectivo.

(1) https://elpais.com/diario/1998/11/16/internacional/911170806_850215.html

1.3.11 Asistencia sanitaria y vacunas

Un primera opinión muy superficial que frecuentemente se hace, es el de suponer que en países con una mayor cobertura sanitaria la tasa de mortalidad por COVID-19 debería ser inferior. Este planteamiento solo tiene un problema, y es que hay que comprobarlo. Para ello hemos realizado un estudio estadístico que abarca 90 países con diferentes grados de asistencia sanitaria y en ellos hemos evaluado los datos de Tasa de mortalidad, Tasa de letalidad, índice de casos y la tasa de vacunación. Los resultados son tan contundentes como "políticamente incorrectos", porque los números demuestran que a una mayor asistencia sanitaria en esta pandemia le corresponden una mayor incidencia de afectados y de muertes. Y además, como mayor es la tasa de vacunación contra la influenza (gripe) en personas mayores de 65 años, también es mayor la incidencia de afectados y muertes por COVID-19. Dada la importancia y amplitud de este estudio, lo reproducimos en el Anexo 2.

Vacunación

En relación con la gripe A se demostró que contenía extractos de virus del SARS restos de células de obortos humanos y de animales, lo que provoco que inmediatamente pero discretamente dejara de administrarse. Sin embargo la OMS sigue promocionando la posible vacuna contra el SARS-CoV-2 como la única solución. Prestigiosos científicos y médicos, como el Dr. **Dietrick Klinghart** (1), o la viróloga **Judy Mikovits**, cuyos videos han sido censurados por Youtube, recuerdan que la vacuna del último año (2019) contra la gripe incluía el virus del SARS y se reafirma en que las personas vacunadas son más propensas a contraer el virus. Recordemos que el SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Grave) es producido por un coronavirus, similar al que se intenta detectar con las pruebas PCR. El 19 de mayo de 2020, en la mesa redonda internacional organizada por LONDONREAL y dirigida por Brian Rose, el Dr. **Rashid A. Buttar** y no menos de 165 doctores en medicina de todos los horizontes y etnias y religiones del planeta afirman lo mismo y desaconsejaron enérgicamente la vacuna [3]. A la lista de científicos que esgrimen estos argumentos se ha venido a sumar un "ilustre"

y controvertido epidemiólogo, el Dr. **Anthoni Fauci** (2) que hasta ahora había defendido las tesis oficiales de la OMS sobre la obligatoriedad de la vacunación. Ha declarado que "había al menos dos vacunas del pasado que habían producido una respuesta subóptima. Y que cuando la persona se expone, en realidad tiene una mayor patogénesis de la enfermedad, lo que siempre es preocupante". Lo que es preocupante es que los mismos que dicen que debería ser obligatoria, después digan que puede producir efectos perjudiciales. Las últimas revelaciones de los e-mails del Dr. Fauci demuestran que conocía los verdaderos efectos de las vacunas y que lo ocultó, siendo esto motivo para una acusación de genicidio.

Sería interesante, prudente y conveniente para comprobar o desmentir lo anteriormente dicho, el realizar un estudio científico estadístico. Se trataría simplemente de comparar el índice de casos de COVID-19 entre personas vacunadas y no vacunadas; cosa nada difícil y poco costosa. No creo que la OMS dada su trayectoria en esta "pandemia" patrocine esta investigación, ni por supuesto ninguna empresa farmacéutica; es más creo que la boicotearían. Sin embargo la hipótesis de trabajo que expongo en el capítulo 2.4 *Origen de las causas* contempla la posible introducción en la raza humana de determinados "virus" o episomas modificados artificialmente que de forma lisogénica permanezcan en la célula hasta ser activados por REM; tal como ocurre con determinados virus como por ejemplo elVEB.

Nota de 25-junio-2020:
Debido a que las vacunas forman parte de la política de la asistencia sanitaria, hemos realizado un estudio estadístico sobre el tema y lo reproducimos en el Anexo 2. Como acabamos de decir al comienzo de esta Parte I, las conclusiones a que llegamos son también novedosas y están en contraposición de lo establecido oficialmente, y más de acuerdo con lo que recientemente a declarado el antiguo apóstol de la vacunación Anthony Fauci.

(1) https://www.youtube.com/watch?v=--9V9Lex-yI
(2) Director del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas y Alérgicas de EE.UU.
(3) https://londonreal.tv/dr-rashid-buttar-hosts-a-doctors-covid-19-roundtable-1000-voices-strong/

– – –

Después de todo lo expuesto en los capítulos de la Parte I, llegamos a la conclusión que entre todos los posibles factores que pueden influir en la potenciación de esta "pandemia", tres son los más plausibles: Edad de la población, vacunas y, sobre todo, como variable discriminante, las REM desde las correspondientes a la tecnología 3G, hasta la 5G. Nos queda por analizar la Asistencia Sanitaria (Anexo 2).

* * *


水

Gráfico 1.3.1

10 PAÍSES MÁS POBRES	
Sudán	**0,016**
Burundi	**0,0013**
Malaui	**0,0023**
Sierra Leona	**0,023**
R. Centroaf.	**0,018**
Mozambique	**0,0027**
Madagascar	**0,0057**
R.D.Congo	**0,045**
Niger	**0,0334**
Afganistan	**0,08**

En rojo: con 5G

10 PAÍSES MÁS RICOS	
Suiza	**3,52**
Irlanda	**4,47**
Noruega	**1,48**
Emiratos	**1,52**
Kuwait	**1,27**
Brunei	**0,32**
Singapur	**3,33**
Luxemburgo	**6,30**
Macao	**0,07**
Qatar	**5,82**

Observación: 7 de los 10 más ricos tienen 5G

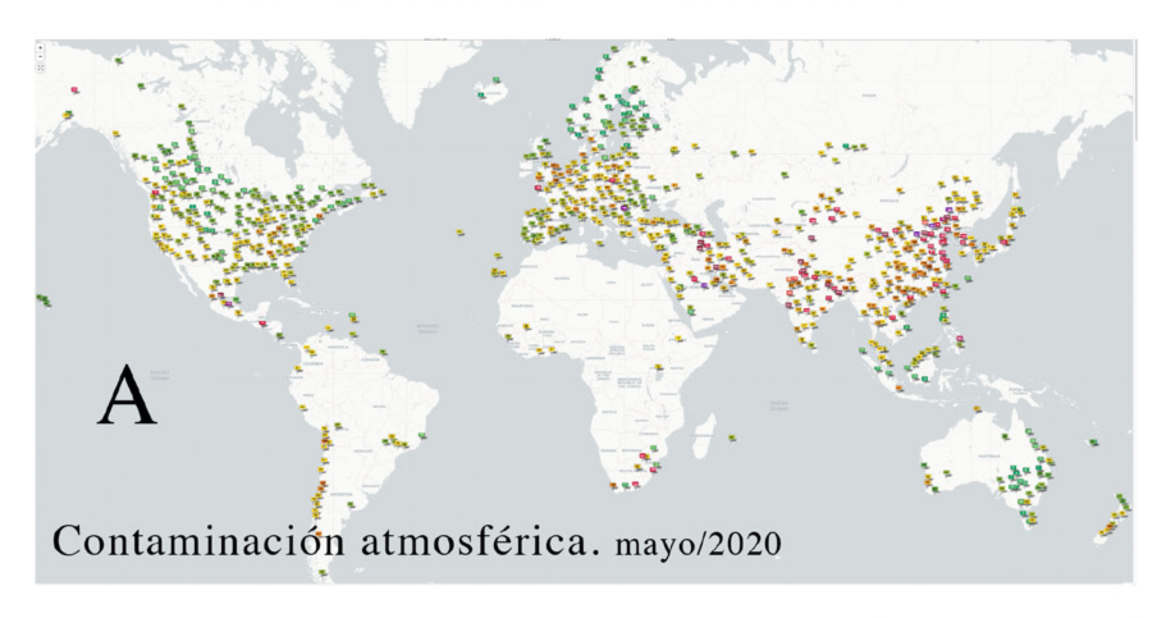
(+) DENSIDAD POBLACIÓN	
Mónaco	**2,45**
Singapur	**3,33**
Hong Kong	**0,14**
Bahréin	**2,25**
Maldivas	**1,06**
Malta	**0,99**
Bangladés	**0,06**
Palestina	**0,08**
Barbados	**0,28**
Taiwán	**0,018**

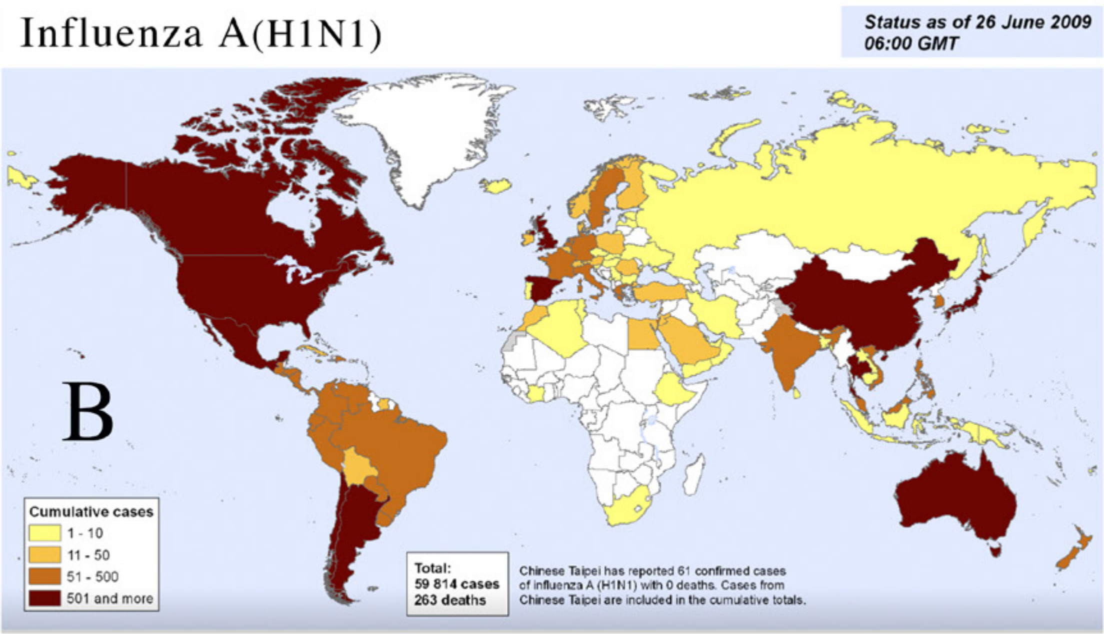
(–) DENSIDAD POBLACIÓN	
Mongolia	**0,0129**
Australia	**0,27**
Islandia	**5,10**
Namibia	**0,0065**
Surinam	**0,0174**
Botsuana	**0,01**
Canadá	**1,67**
Guyana	**0,12**
Libia	**0,009**
Mauritania	**0,0018**

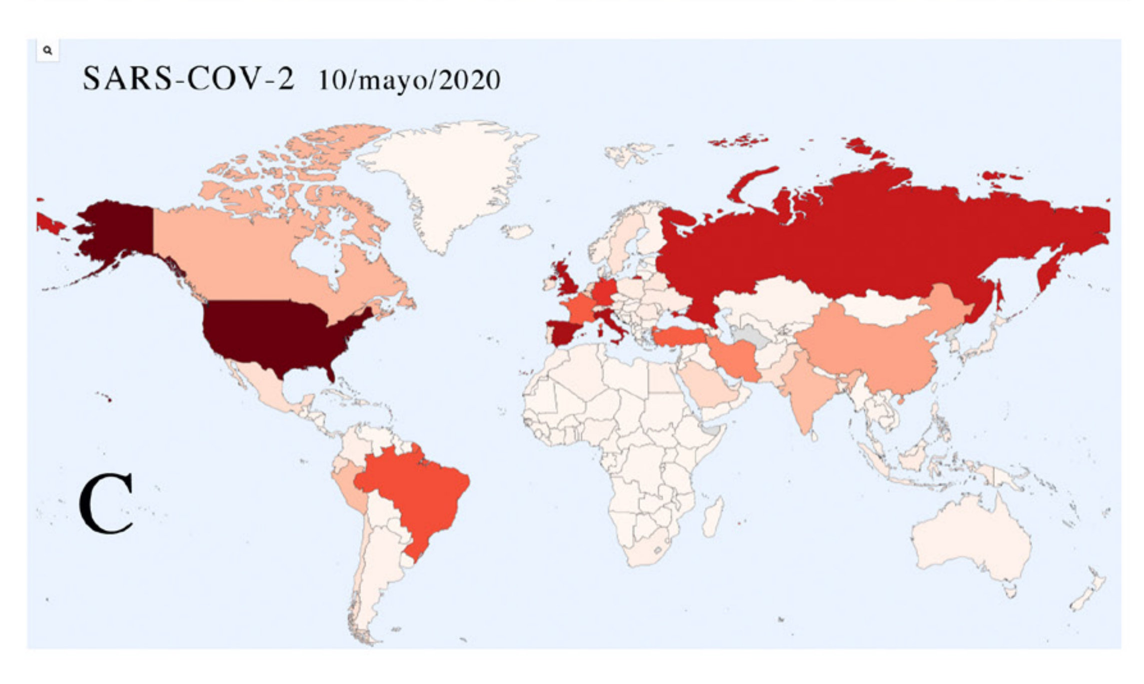
Observación: 3 de los 10 países con menor densidad de población tienen 5G y 4 de los 10 de más densidad tienen 5G.

CONTAMINACIÓN Y EPIDEMIAS

Gráfico 1.3.2







TELÉFONOS CELULARES

Gráfico 1.3.3

en ROJO con 5G

CON MÁS	nº/100h	índice	CON MENOS	nº/100h	índice
Macao	324	0,07	Malaui	39	0,0023
Honk Kong	254	0,14	Santa Helena	38	0
Maldivas	229	1,06	Madagascar	34	0,0057
Emiratos	204	1,52	Kosovo	29	0,46
Antigua	187	0,26	Micronesia	22	0
Costa Rica	177	0,15	R. Cetroafrica	22	0,018
Tailandia	177	0,04	Islas Marshall	21	0
Seychelles	176	0,11	Sudan del Sur	15	0,016
Kuwait	176	1,27	Corea del Norte	14	0
Indonesia	174	0,12	Eritrea	8	0,012

Observaciones: 4 de los 10 con más teléfonos tienen 5G. Ninguno de los que tienen menos tienen 5G

CIUDADES MÁS GRANDES DEL MUNDO

Tokio	Japón
Delhi	India
Shanghai	China
Bombay	India
Sao Paulo	Brasil
Pekin	Japón
México	México
Osaka	Japón
El Cairo	Egipto
New York	USA

Observaciones: 5 de las 10 ciudades más grandes tienen 5G y 5 no.

Gráfico 1.3.4

CONTAMINACIÓN

CIUDADES MÁS CONTAMINADAS

Gurugram	India ●
Ghaziabad	India ●
Faisalabad	Pakistan
Faridabad	India ●
Bhiwadi	India ●
Noida	India ●
Patna	India ●
Hotan	China
Lucknow	India ●
Lahore	Pakistan
Delhi	India ●
Jodhpur	India ●
Muzaffarpur	India ●
Varanasi	India ●
Moradabad	India ●
Agra	India ●
Dhaka	Bangladesh
Gaya,	India ●
Kashgar	China
Jind	India ●

INDIA

10 ciudades con más casos de COVID-19

Ahmedabad	0,85
Thane	0,78
Jodhpur ●	0,76
Indore	0,55
Mumbai	0,52
Jaipur	0,35
Chennai	0,33
Delhi ●	0,27
Pune	0,26
Kolkata	0,17

Media 10 = 0,48

India.......= 0,04

MENOS CONTAMINADAS

Estocolmo, Suecia	2,54
Wellington, Nueva Zelanda	0,30
Canberra, Australia	0,27
Ottawa, Canadá	1,86
Edimburgo, Inglaterra	3,25
Montevideo, Uruguay	0,20
Tallin, Estonia (disponibilidad limitada)	1,31
Helsinki, Finlandia	1.06
Mónaco, Mónaco	2,45
Madrid, España	4,75

En ROJO ciudades con 5G datos: 10/mayo/2020

Observaciones: En ninguna de las 20 ciudades más contaminadas está desplegada la 5G. Sin embargo, en 9/10 de las más limpias si tienen 5G. En la imagen inferior concentración de N02 sobre la India, mismo período 2019-2020

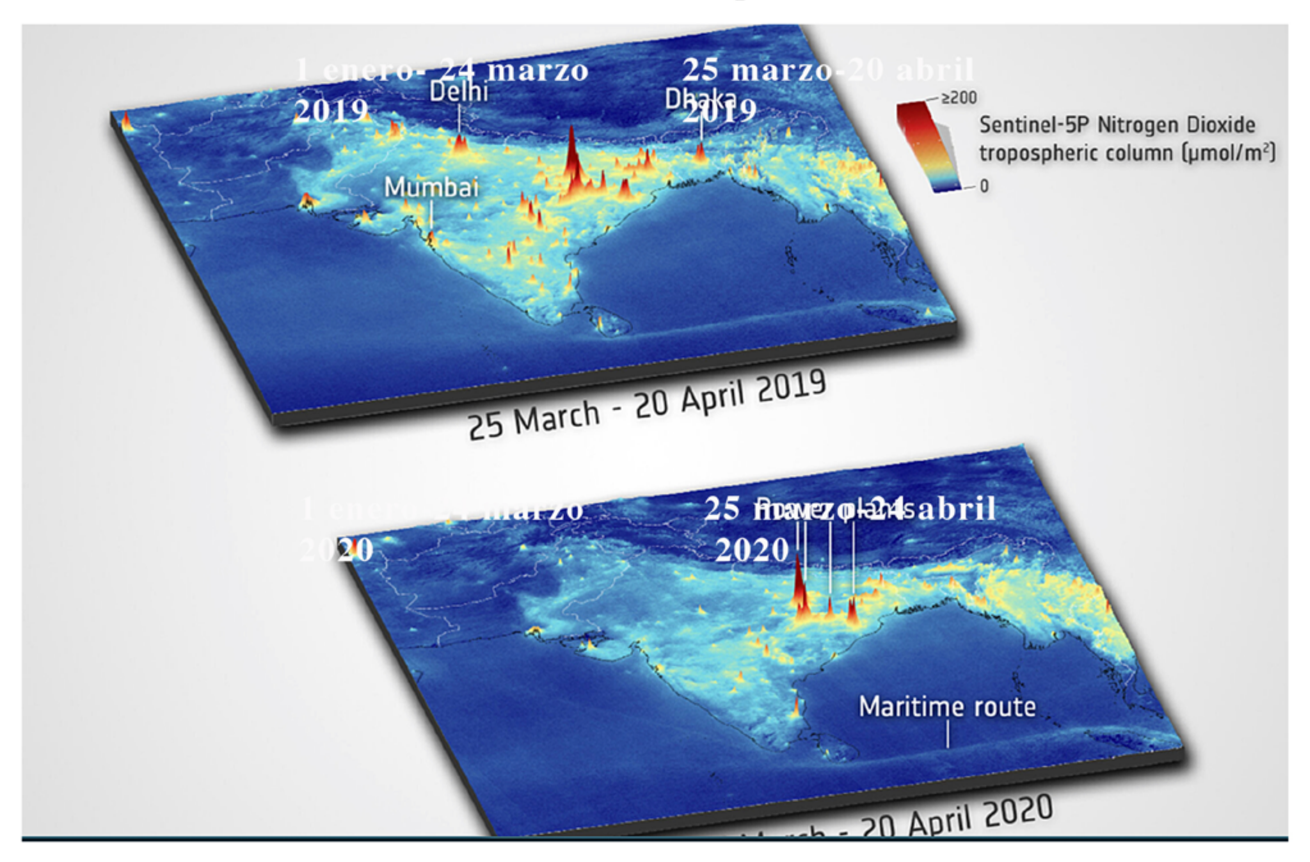
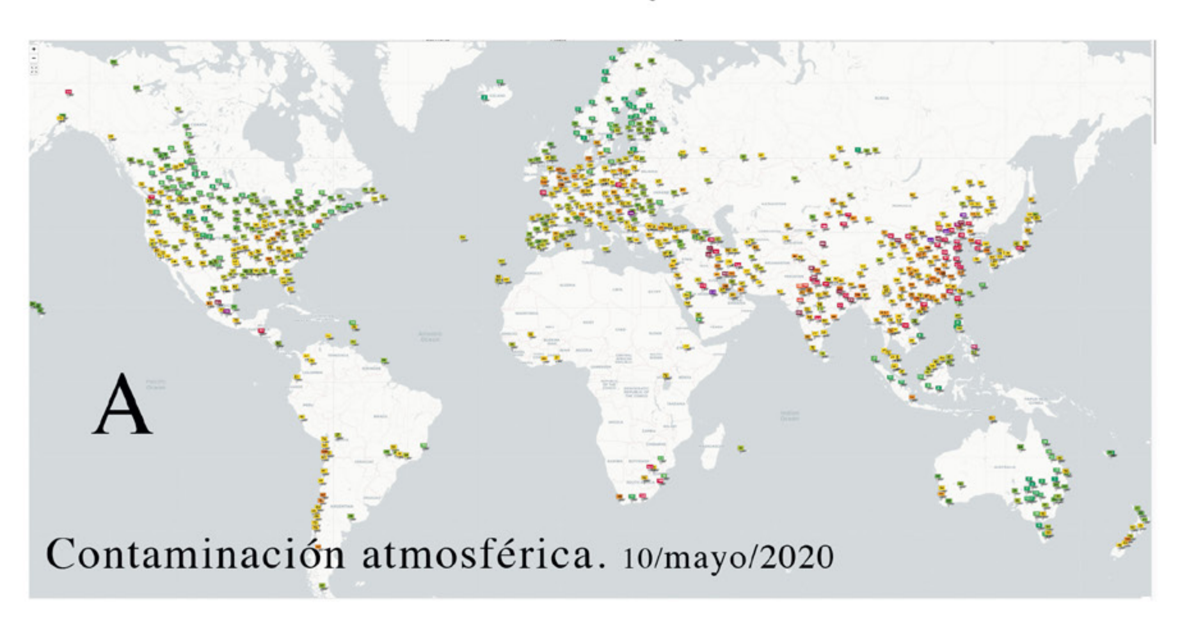
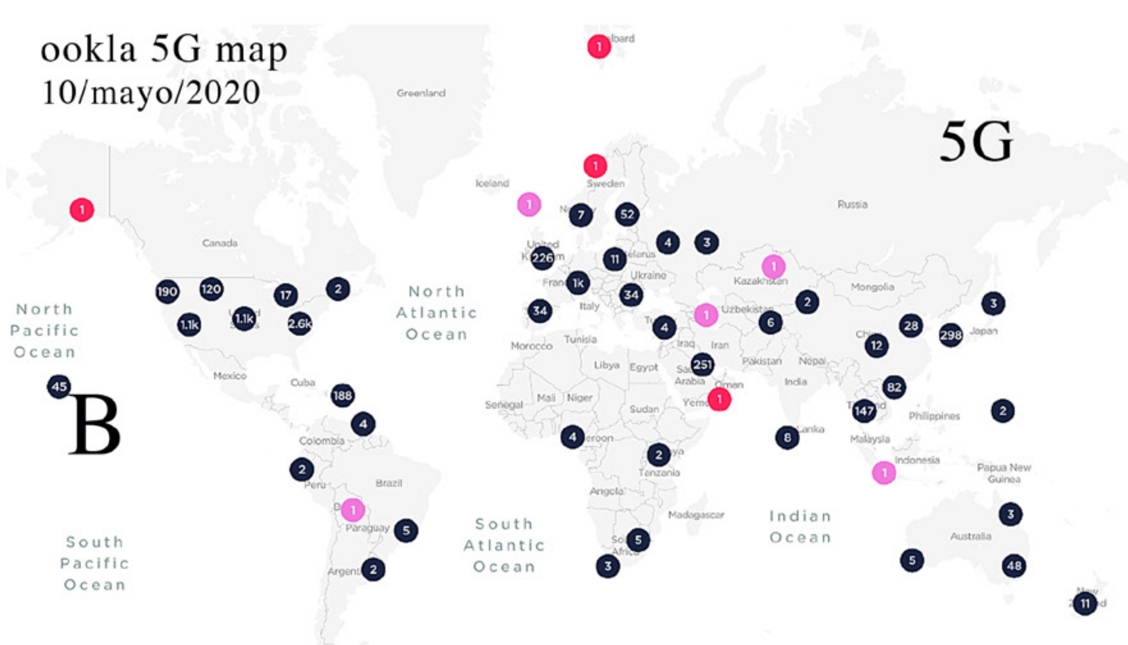


Gráfico 1.3.5


A
Contaminación atmosférica. 10/mayo/2020


ookla 5G map
10/mayo/2020
5G
B
North Pacific Ocean
North Atlantic Ocean
South Atlantic Ocean
South Pacific Ocean
Indian Ocean

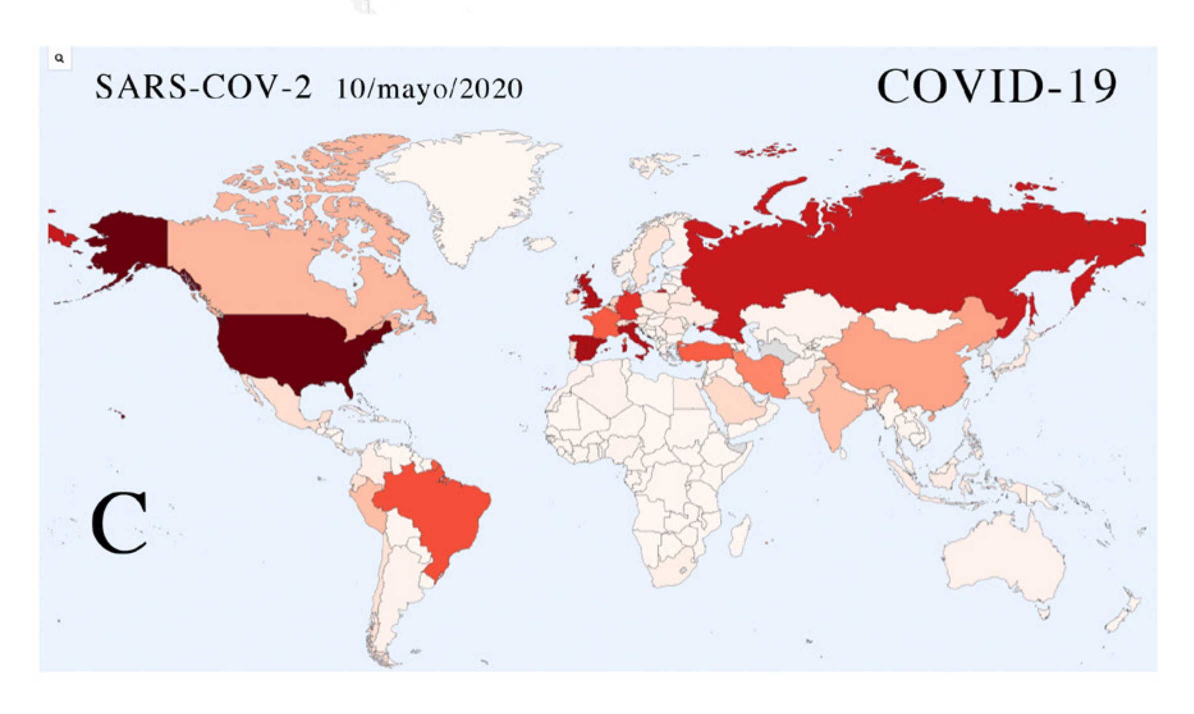
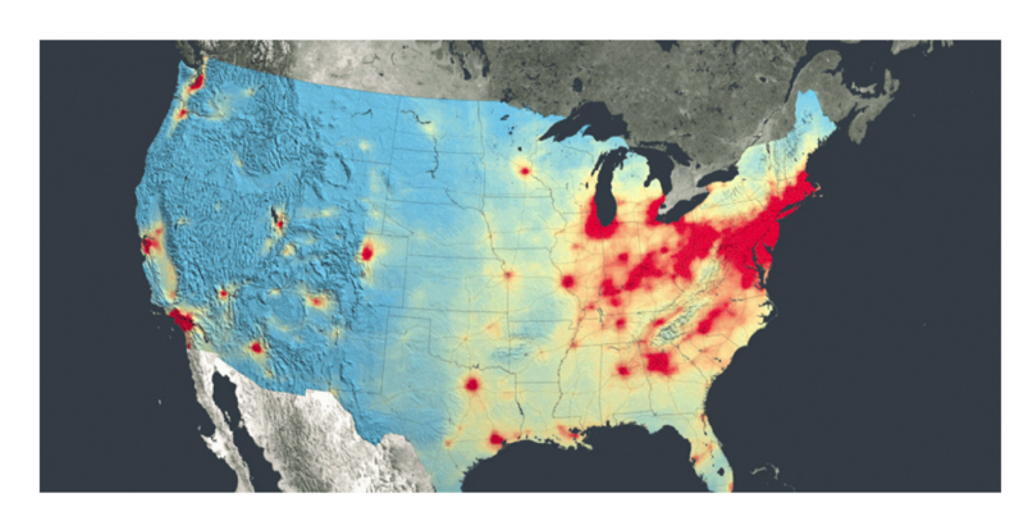

SARS-COV-2 10/mayo/2020
COVID-19
C

Gráfico 1.3.6

CONTAMINACIÓN, COVID-19 y 5G



NASA NO2 2011

Incidencia COVID-19

Michigan 43,000+
New York 318,000+
New Jersey 128,000+
Illinois 63,000+
Pennsylvania 52,000+
California 56,000+
Georgia 29,000+
Louisiana 29,000+
Florida 36,000+
Texas 32,000+
1,000
10,000
100,000

Source: Johns Hopkins University, updated: 5 May 10:00 BST

213
360
327
1528
579
532

5G

En ROJO nº antenas según ookla map

Datos 5mayo 2020 ookla 5G map

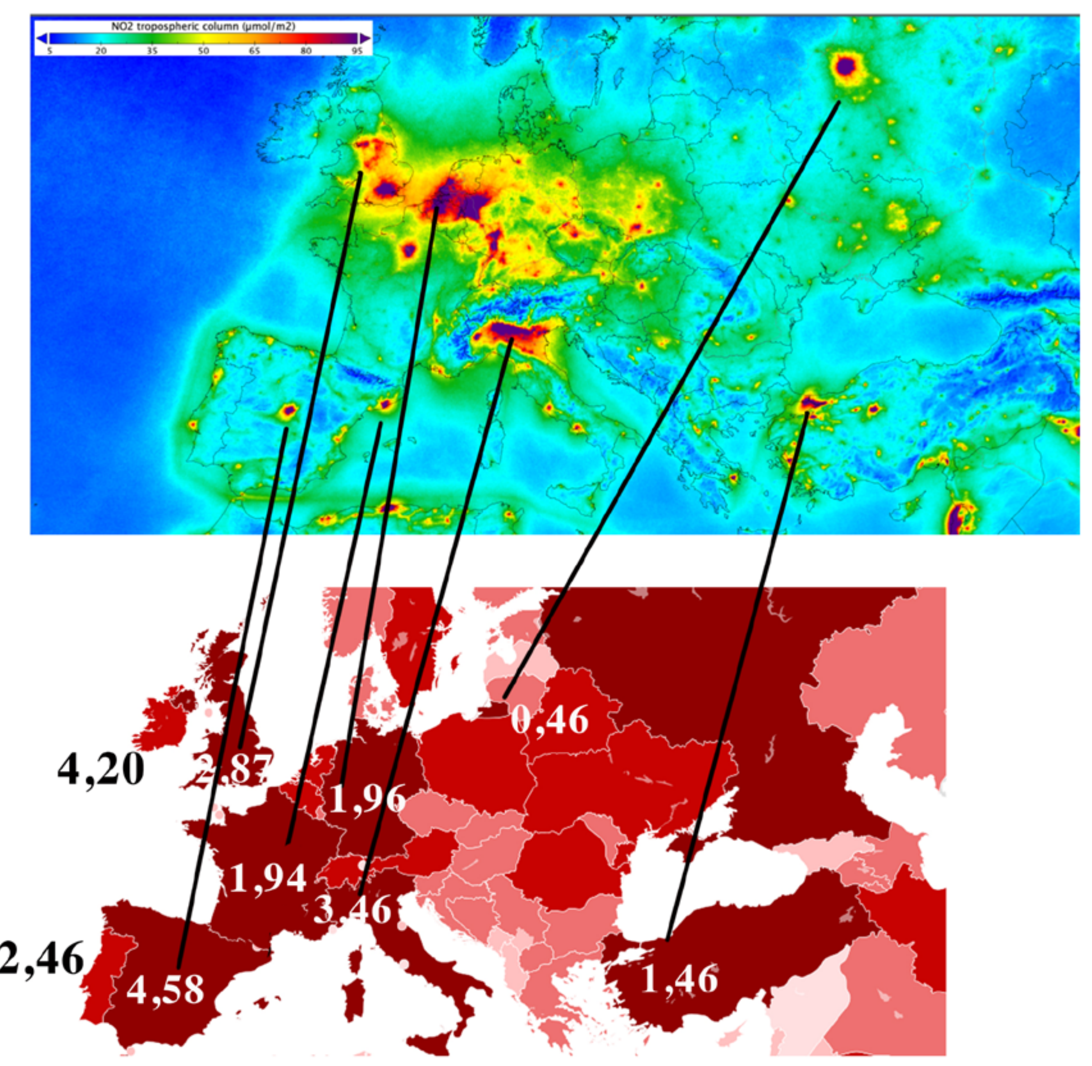
Obsevación:

* Se observa correlación entre grado de contaminación atmosférica y las zonas de mayor índice de COVID-19
* Se observa la misma correlación entre nº antenas 5G y casos de COVID-19.

Gráfico 1.3.7

EUROPA CONTAMINACIÓN - COVID 19

Imagen 16 mayo 2019 (1)



índices 1 mayo 2020

Observaciones:

A primera vista parece existir una correlación entre niveles de contaminación atmosférica e índice de COVID-19, pero presentan muchas excepciones: España con 4,58 y niveles de NO2 inferior a Alemania, Inglaterra, Italia. Portugal con 2,46 (con NO2 inferior a Alemania, Letonia, Turquía y Francia). Suiza con 3,45 no presenta contaminación. Irlanda con 4,20 y contaminación inferior a Inglaterra, Alemania, Italia, Francia, Letonia.

(1) Satélite Sentinel.: https://www.esa.int/ESA_Multimedia/Missions /Sentinel-5P/(result_type)/images

Gráfico 1.3.8

Nivel de cuarentena e índice de contagios

Más restrictivo: hay un toque de queda o restricciones obligatorias en el movimiento de personas y otras medidas punitivas como multas o posibilidad de encarcelamiento.

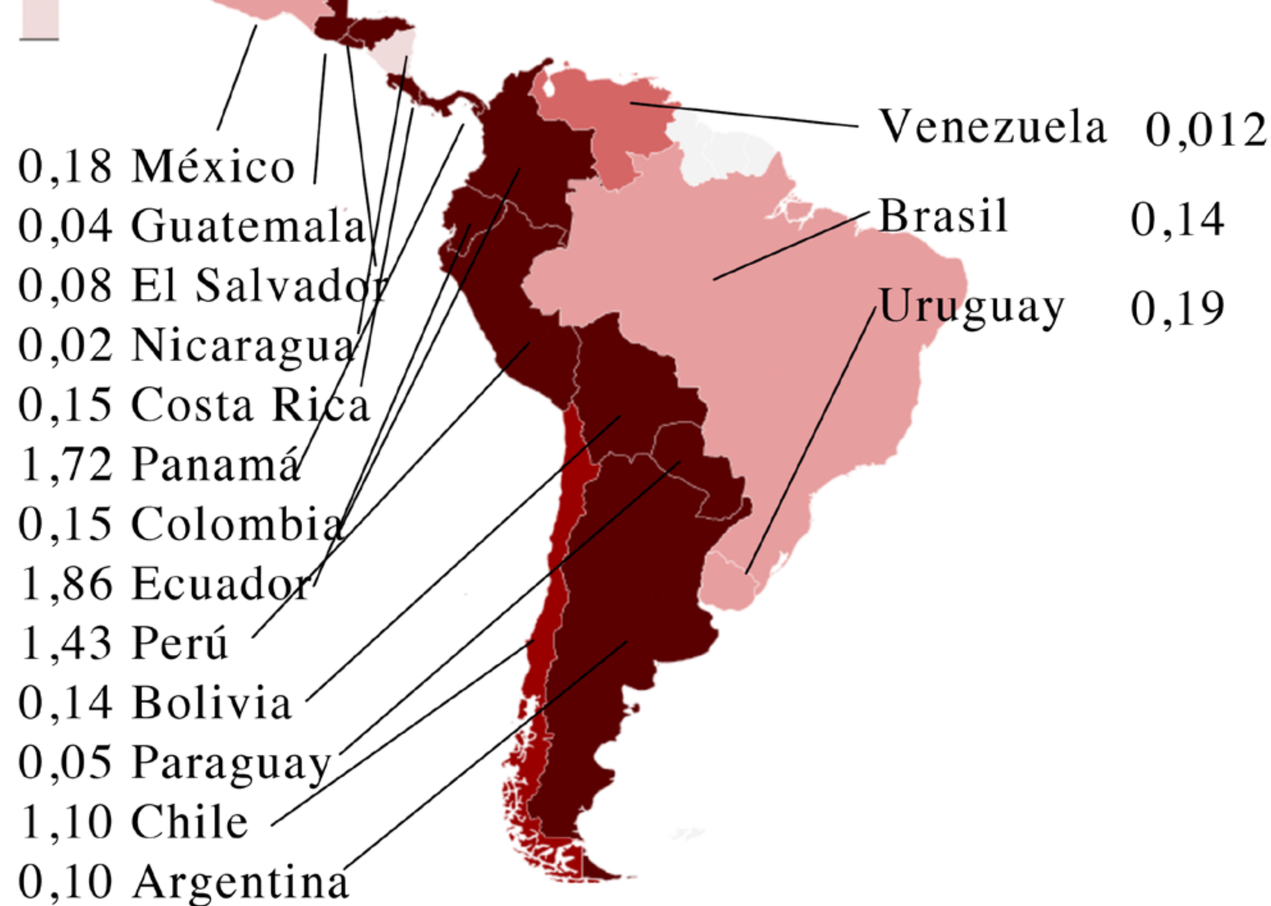
Restrictivo: hay un toque de queda o restricciones obligatorias sobre el movimiento de personas.

Medio alto: hay restricciones de circulación y no hay toque de queda.

Medio: los gobiernos recomiendan (no obligan) a restringir el movimiento de población

Sin restricciones: no hay medidas restrictivas.

Datos 27 abril 2020
Fuente: BBC news



Observaciones: Los 3 índices más elevados se dan en países con más restricciones: Ecuador, Panamá, Perú. Pero en los demás 13 países con índices inferiores, (si valoramos con, 0,1,2,3,4, las 5 opciones) el valor medio es de 2,25, lo que indica que también son restrictivos (punto azul). Concluimos en que no hay una correlación entre los dos factores estudiados.

CHILE

Arica y Parinatoca 1,46

Tarapaca 1,60

Antofagasta 2,38

Atacama 0,35

Santiago de Chile 3,2

Los rios 0,26

Los lagos 0,66

Aysén 0,09

Magallanes **5,29**

Magallanes
867

ISLANDIA

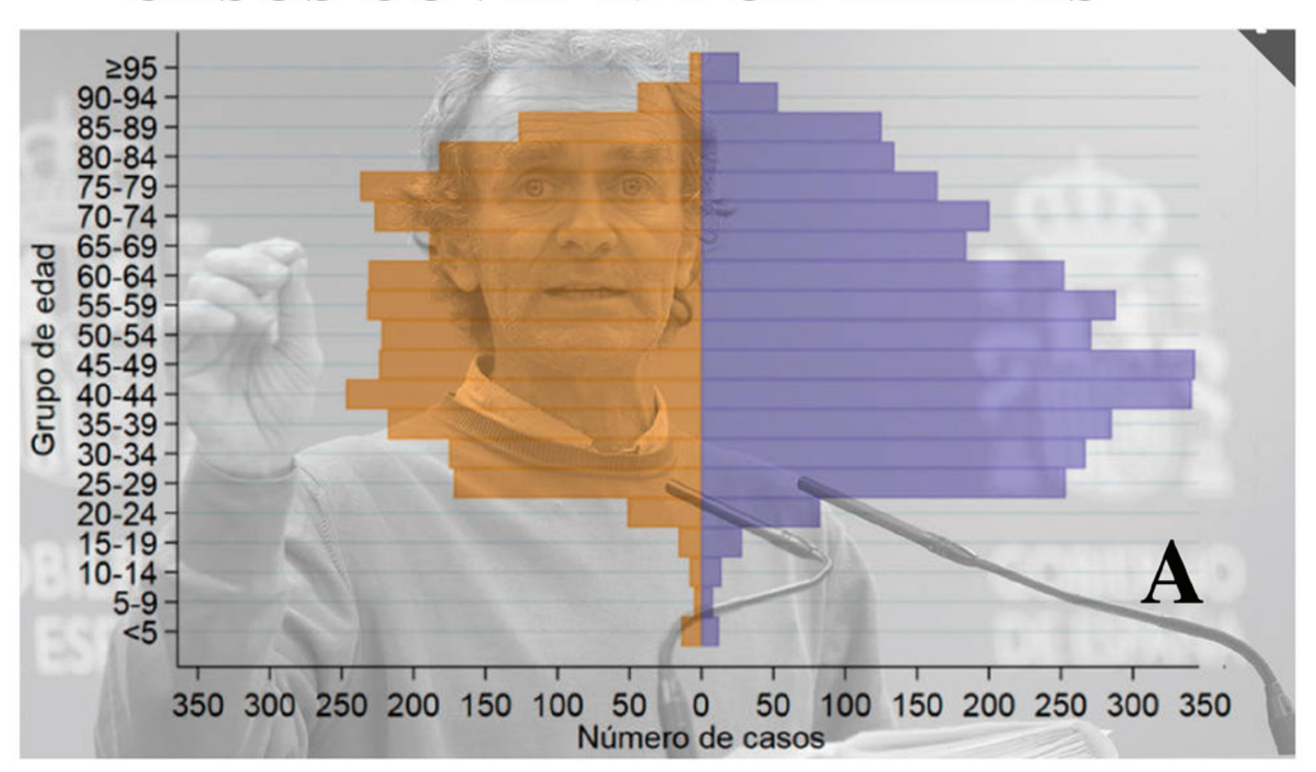


Islandia situada a 65° de latitud norte

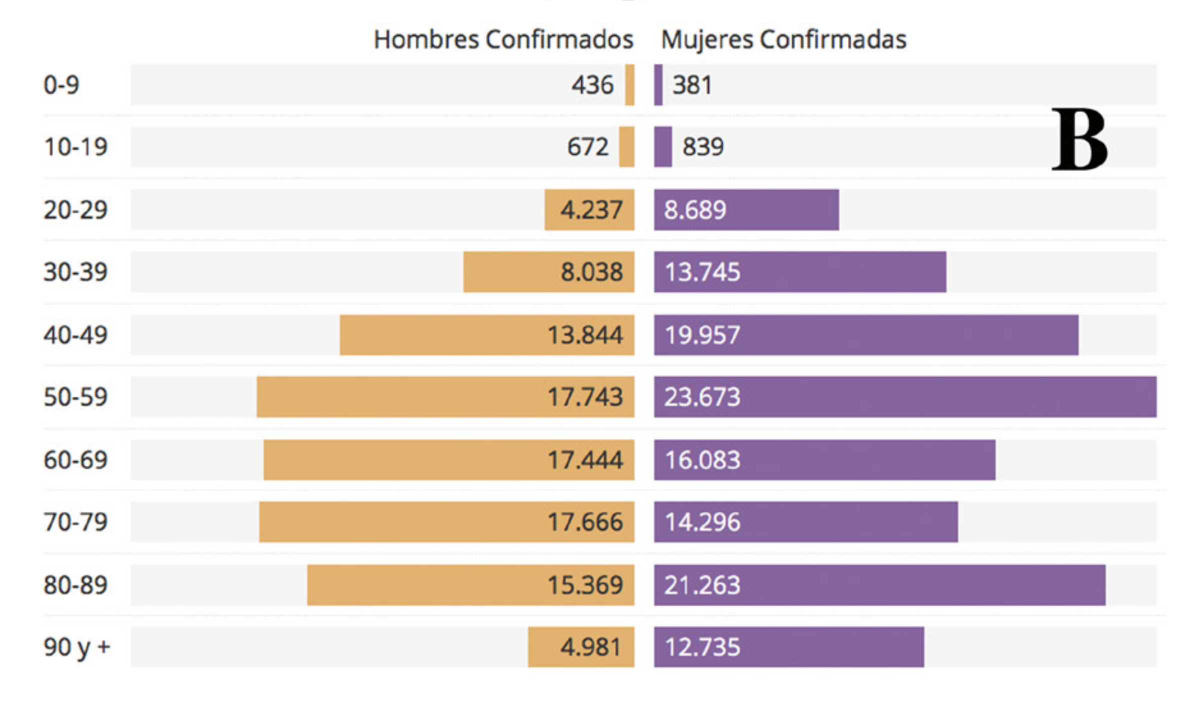
datos 8/mayo/2020

Observaciones:
Chile, un país que va del ecuador hasta 55° latitud sur.
Las cuatro regiones del norte tienen un índice medio de 1,45 y las 4 del sur de 1,57. Una diferencia no significativa. La región de Magallanes con 5,29 es similar a Islandia con 5,95.

CASOS COVID-19 POR EDADES



Observaciones:
Estas son una muestra de estadísticas gráficas publicadas en España sobre incidencia por edades de casos de contagios. Los datos más elevados se dan entre 40 y 80 años. No entre las personas más viejas.

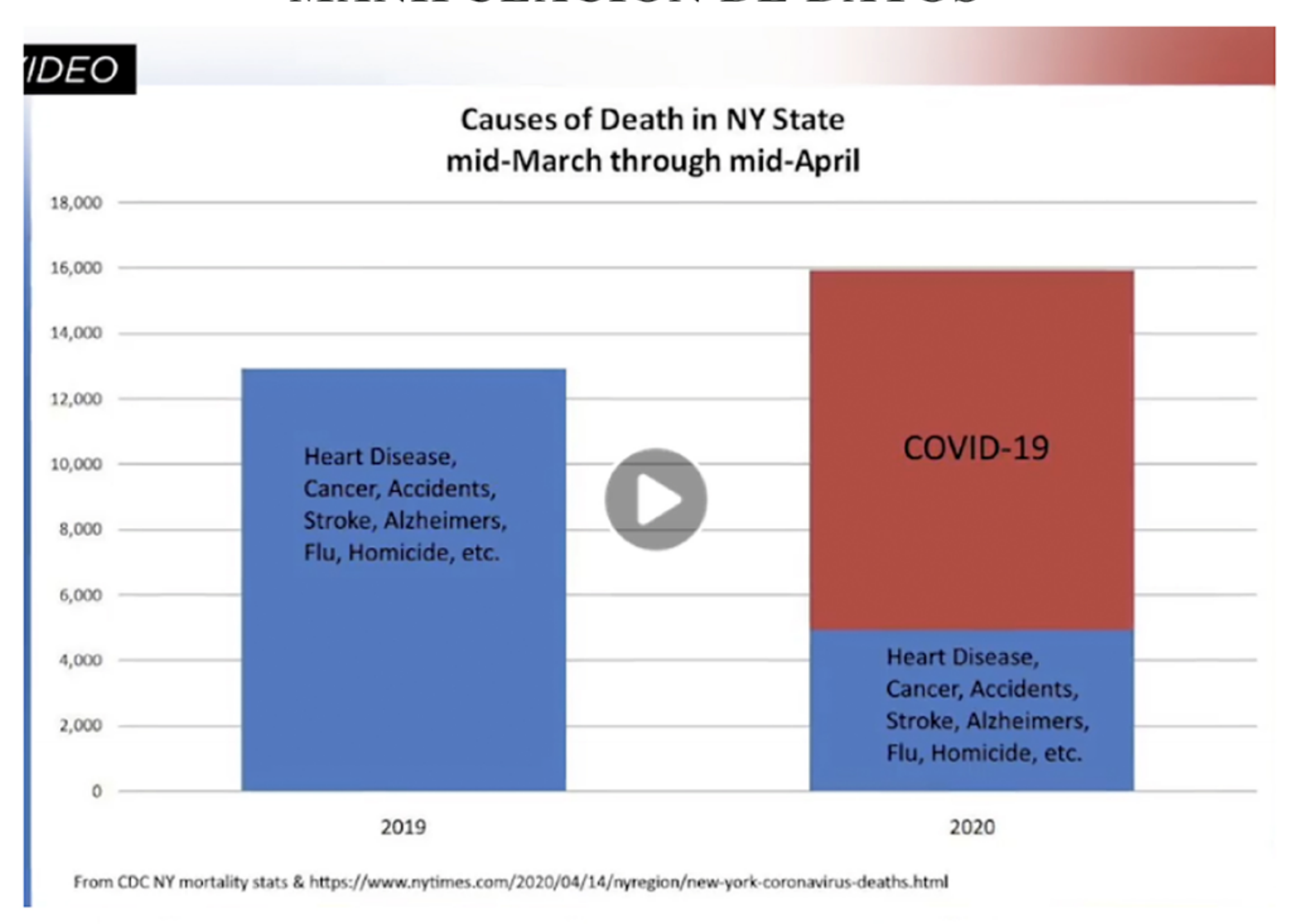


	Hombres Confirmados	Mujeres Confirmadas
0-9	436	381
10-19	672	839
20-29	4.237	8.689
30-39	8.038	13.745
40-49	13.844	19.957
50-59	17.743	23.673
60-69	17.444	16.083
70-79	17.666	14.296
80-89	15.369	21.263
90 y +	4.981	12.735

Datos obtenidos del análisis sobre 232.091 casos notificados con información disponible de edad y sexo

Gráfico: Actualizado el 10 de mayo • Fuente: Ministerio de Sanidad de España LA VANGUARDIA

MANIPULACIÓN DE DATOS



Here are the survival rates of COVID-19:

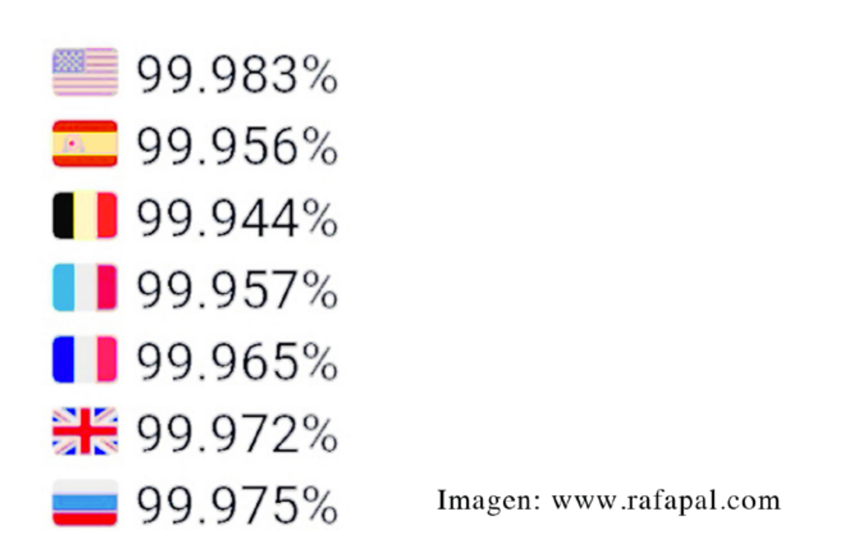


Imagen: www.rafapal.com

Maybe if we looked at it this way, we'd realize the panic is out of control.

Observación: Aquí tenemos un ejemplo de como se han manipulado las estadísticas y exagerado la mortalidad de esta "pandemia".



Parte II. Dando paso a lo ilógico

"Pandemia por coronavirus". Estamos ante una pandemia causada exclusivamente por el coronavirus SARS-CoV-2. Ésta es la hipótesis oficial sobre esta pandemia formulada por la OMS, aceptada por los estamentos estatales y compartida y difundida por los medios de comunicación convencionales. El plantearse o formular que ésto no sea así parece que entra dentro del terreno de lo ilógico e irracional. Pero nos olvidamos de un importante detalle; en ciencia, hay que demostrarlo.

Esta parte tiene como finalidad analizar si estamos o no ante una pandemia, en intentar saber cuál es el "agente" causante, cual es su naturaleza, cómo se propaga, cómo actúa en el cuerpo humano y si lo hace independientemente o en colaboración con otros factores, para terminar formulando una teoría que explique todas estas cuestiones.

2.1 ¿Ha sido una pandemia?

2.1.1 La Covid-19

Según wikipedia citando fuentes oficiales de la OMS: La Covid-19 es también conocida como enfermedad por coronavirus, es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. Después de varios cambios de nombre, la OMS anunció el 11 de febrero de 2020 que Covid-19 sería el nombre oficial de la enfermedad. El nombre es un acrónimo de *coronavirus disease* 2019 (enfermedad por coronavirus 2019, en español). Esta información entra en contradicción con lo que seguidamente expongo.

Sin embargo, la Covid-19 no es una enfermedad; es un síndrome, un proceso inflamatorio hiperagudo relacionado con proocesos de autoinmunidad y ya se conocía antes de 2019. Después de la última pandemia de la Gripe A(H1N1) iniciada en marzo del 2009 se diagnosticaron por primera vez muchos casos de neumonías intersticiales bilaterales de afectación multiorgánica produciendo cuadros clínicos de reacciones inflamatorias generales, trombosis, insuficiencia respiratoria, con una inflamación de base autoinmune (ADE). La Mejora Dependiente de Anticuerpos (ADE) se produce cuando nuestros anticuerpos ya estimulados por una estimulación previa, como puede ser una vacuna, entran en contacto con un patógeno similar (1). Es decir, se trata de una reacción de respuesta exagerada a antígenos a los que nuestro organismo ya había sido expuesto. Este mismo síndrome actualmente se califica como Covid-19.

(1) https://www.youtube.com/watch?v=_hcHxgrSJjg

2.1.2 La "pandemia"

Dejando aparte la definición de pandemia por la OMS, que la ha cambiado varias veces y que obedece a criterios que no son estrictamente científicos, cosa que ya se demostró en la declaración de "pandemia" con la Gripe A, que después tuvo que rectificar una vez producida

la alarma y que los gobiernos hubieran comprado las vacunas. Científicamente el concepto básico de una pandemia es una epidemia que afecta a los humanos y que se expande por todo el planeta, causando muchas enfermedades y muchas muertes.

La actual "pandemia" se ha sustentado en los datos publicados sobre el nº de contagios y de muertes. El simple análisis estadístico demuestra que en los países del hemisferio Norte no hay ningún dato que sustente la existencia actual de la pandemia basada en los casos y muertes "por" Covid-19 (el gráfico 2.2-B es un buen ejemplo). En China ya hace tiempo que se ha dado por terminada la pandemia; lo celebraron con una ceremonia el pasado 8 de septiembre. (ver foto Gráfico 2.4).

Tanto los datos de muertes como de "contagios" se han exagerado intencionadamente. Se contabilizan como muertes por coronavirus los que han muerto por otras causas y han dado positivo al test PCR. Los últimos datos procedentes de los análisis efectuados por los CDC de USA, revisadas las actas de defunción, confirman que tan sólo un 6% de las muertes lo eran exclusivamente "por" Covid-19, los demás el 94% lo fueron "con" Covid-19, o sea, también por otras causas que posiblemente hubieran muerto dentro de un año y se agravaron con la Covid-19. Se ha desvelado además que en hospitales había unos incentivos económicos por cada acta de defunción por Covid-19 y por cada test PCR realizado. Resulta muy sospechoso que se prohibiera realizar autopsias de los cadáveres, cosa que impedía dos cosas: saber el número de muertes "por" Covid-19 y analizar las causas. No fue hasta que los médicos italianos desobedeciendo las instrucciones de la OMS realizaron autopsias. Entonces se demostró que la inmensa mayoría morían por trombosis, lo que les indujo a incumplir los protocolos de tratamiento establecidos por la OMS, salvando así muchas vidas.

Las PCR

Por otra parte, está demostrado que los test PCR no sirven para diagnosticar una carga vírica ni una enfermedad. Lo dice el mismo inventor de la prueba PCR **Kary Mullis** (gráfico 2.5-B), lo dice la OMS e incluso los prospectos de los kits PCR. No se han cumplido los protocolos de la OIE (Organismo internacional que regula los patrones para fabricar los test PCR). Los cebadores utilizados son inespecíficos y pueden dar positivo a otros ARN de coronavirus, de la influenza, de la gripe B, etc, en perros, gatos, hurones, murciélagos, cabras,... hasta papayas. Un test PCR regulado a más de 22 ciclos ya no da resultados fiables, sin embargo últimamente se utilizan kits regulados hasta a 40 y 45 ciclos lo que da muchos más falsos positivos. No se ha tenido en cuenta la especificidad de las pruebas PCR, que como mínimo es de un 1,4%. Es decir, si no hay más de 1.400 PCR+ en una muestra de 100.000 personas el test de esta población debe considerarse negativo. A mediados de agosto el equipo de **Maximo Sandín** descubrió que uno de los cebadores de la PCR lo produce nuestro cromosoma nº 8. Es decir: ¡detecta moléculas de nuestro propio organismo! lo que provoca todavía más falsos +. El informe de revisión Corman-Drosten avalado por otros 22 científicos, publicado el 27 de noviembre de 2020, revisado por pares externos de la prueba RT.PCR para detectar el SARS-CoV-2 revela que en él hay 10 fallas científicas importantes a nivel molecular y metodológico:

consecuencias de los resultados falsos positivos (1). El aumento de pruebas PCR que ha tenido lugar en los últimos meses (de julio a diciembre) han servido para alimentar las estadísticas oficiales aumentando artificialmente los casos; a lo que hay que sumar que por los medios de comunicación oficiales y privados se ha confundido intencionadamente a la población interpretando PCR+ = casos de Covid-19 = contagios = "brotes". Y a partir de estos datos se han creado nuevas gráficas para demostrar que estamos ante una nueva ola de la pandemia; y no, en todo caso, de un leve repunte como máximo. (ver Gráfico 2.2-B) Si se preguntan el porqué de este inusitado interés en realizar muchas pruebas PCR, le informo que el Gobierno Español publica en el B.O.E de 17 junio del 2020 que aprueba la distribución de 6.000.000.000 de eu. para aquellas Comunidades Autónomas "según el número de casos de Covid-19 notificados, de pacientes que han precisado el ingreso en U.C.I.". Fíjense en la "oportuna" y maquiavélica coma en medio de la frase. O sea, como más pacientes ingresen en las UCI, sea por la causa que sea, y les hagan tests PCR hasta que uno de positivo, más van a cobrar, tanto si tiene Covid como si tiene una pierna rota.
Pongo otro ejemplo, el caso de Luxemburgo. Dado su elevado nivel económico, el gobierno realizo tests PCR masivo a toda la población, resultando que Luxemburgo aumentó enormemente los casos de Covid-19 escalando a los primeros lugares de la clasificación mundial. Sin embargo, al repasar las cifras, resulta que en los últimos 29 días (en fecha 1 septiembre 2020) no había fallecido nadie por Covid-19 (Ver gráfico 2.3-D) (2).

Mientras que a finales de 2020 las urgencias de los hospitales en China, Japón, EE.UU, Corea, Europa, Australia... están casi vacías y los muertos son muy escasos.

Los muertos

En el 2020 se ha puesto de "moda" morirse o contagiarse por el coronavirus. Para los obedientes y cómplices médicos que han participado en esta farsa, se ha vuelto habitual y lucrativo el diagnosticar cualquier síntoma o causa de muerte a la Covid. Así, hasta los muertos por accidente de tráfico han ido a parar a esta lista. Obedientes, sumisos y negligentes, ni tan solo han sospechado, informado, ni explicado el porqué hemos pasado un año sin gripe, y como han engrosado la fatídica lista con los casos que otros años eran atribuidos a la gripe. Como prueba de lo dicho presento el siguiente estudio:

En una entrevista con el periodista James Corbett, la Dra. **Dolores Cahill**, profesora de Biología Molecular e Inmunología, y Presidenta de la World Freedom Alliance, Fundadora del Grupo de Tecnología de Proteínas del Instituto Max Plank de Genética Molecular, Berlín (1995-2003), etc. explica : "En las últimas semanas he puesto en marcha un proyecto para secuenciar las pruebas de PCR, porque todo este bloqueo se basa en pruebas de PCR positivas, aunque la realidad es que nunca se debería de emitir un diagnóstico PCR en base a un resultado positivo o un negativo, sino que se debe secuenciar lo que realmente mide la prueba. Hubo 1.500 pruebas PCR que se secuenciaron en octubre de 2020, y resultó que todas ellas eran de gripe A y B. Y ninguna era Sars-Cov2."(3)

En España, un país con fuerte impacto de la "pandemia" las cifras oficiales demuestran que los fallecidos no son superiores a la de años anteriores, a pesar de la campaña de desinformación mediática. Prueba de ello es la publicación el 22 de enero del 2021 del Índice Nacional de Defunciones Español (INDF) sobre las muertes en 2020 y anteriores; en el que se demuestra que en 2020 (aplicando la corrección a 17 de diciembre) hay unas 37.000 muertes menos que en 2019 (4). En noviembre la OMS pidió a los gobiernos, con el fin de "engordar" rápidamente las cifras, que pasaran a contabilizar como casos Covid todos los "sospechosos" aunque no se confirmaran con pruebas PCR. Así *a posteriori*, consiguieron maquillar las cifras; aún así según datos oficiales en 2020 murieron en España 17.197 personas menos que en 2019 y 26.608 menos que en 2018. Y además, en todo el mundo a pesar del "empujón" de los "sospechosos", a 21 de enero del 2021 el 98,76% de la población seguía sin estar contagiada y el 99,76% sigue sobreviviendo al "virus" (5). Debido a que la hipótesis oficial de la pandemia se ha sustentado sobre el nº de muertes y el nº de contagios; los datos anteriores son suficientes para desmentir que durante 10-12 meses hemos estado sometidos a una pandemia. Y, si no hay pandemia, si existe o no el virus, si es natural o artificial, es importante pero ya no sirve para sostener la hipótesis oficial.

NOTA: Debido a lo anteriormente expuesto, a partir del 1 de julio 2020 dejo de incorporar nuevos datos estadísticos para no pervertir los resultados anteriormente obtenidos y que sirven de soporte a este trabajo. No con ésto doy plena fiabilidad a los datos estadísticos aportados, ya que como dije en un principio, gran parte los casos de Covid-19 eran contabilizados evaluando sus síntomas con lo que los errores eran similares en diversos países y los datos servían para comparar. Pero, de incorporar los datos actuales basados en las pruebas PCR, se corre el riesgo de pervertir y contaminar el trabajo realizado.

(1) https://cormandrostenreview.com/report/
(2) https://x-y.es/covid19/luxemburgo.pais
(3)https://www.corbettreport.com/freedom-airway-solutionswatch/
(4)https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/IND_TipoDifusion.htm
(5) Discovery Dsalud. Editorial. Febrero 2021

2.2 **El SARS-CoV-2. Su existencia y su origen**

2.2.1 ¿Un nuevo virus?

La primera pregunta a tratar es si el SARS-CoV-2 es un nuevo virus que hasta ahora no se conocía. La respuesta es negativa y presento dos datos:

1. El Instituto Pasteur. Fr,USA. Patentó en 2011 el siguiente virus: US 8,243,718 B2: SRAS-COV-2.
2. En 2015 se publicó en Nature Medicine un trabajo titulado *A group of circulating bat coronavirus similar to SARS shows potential for human emergence* (Un grupo de coronavirus de murciélago circulantes similares al SARS muestran potencial para provocar una emergencia

en humanos) (1), en el que se cuenta que han creado un virus quimérico -no existente en la naturaleza- insertando un gen S del virus SHC014-CoV en el SARS-CoV para que infecten los pulmones de ratones y explican que tiene una «alta capacidad de replicación» y provoca graves daños. Lo insólito -y de lo que nadie habla- es que su autor principal, Ralph Baric asevera que el virus tiene la capacidad de transmitirse también entre humanos porque puede adherirse a la enzima convertidora de angiotensina humana II (ACE2) y replicarse en las células de las vías respiratorias humanas primarias (2). El abtract (resumen) del trabajo termina diciendo: «Basándonos en nuestros descubrimientos hemos creado sintéticamente un virus recombinante SHC014 infeccioso de longitud completa que posee una fuerte replicación viral tanto in vitro como in vivo. Nuestro trabajo sugiere un riesgo potencial de reaparición del SARS-CoV y de virus que circulan actualmente en poblaciones de murciélagos». (3)

Lo anterior es compatible con las informaciones que indican que la Universidad de Carolina del Norte y el laboratorio de Fort Detrick estuvieron trabajando con un precursor del famoso virus que luego se exportó a China y se "mejoró" en el laboratorio de Wuhan.

De manera que el virus no es nuevo; en todo caso, lo que podría tener de novedad el famoso coronavirus son sus modificaciones en laboratorio para convertirlo en un virus quimera e intentar "mejorar" su acción. El que el coronavirus exista, no implica que actualmente se encuentre en los pacientes y cadáveres de la Covid-19; cosa que se intenta vincular sin haberse demostrado. En todo caso podría haber existido en una fase inicial, pero que los procesos inmunitarios humanos lo hubieran eliminado rápidamente al detectar fragmentos extraños en su composición.

(1) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26552008/
(2) https://www.med.unc.edu/microimm/directory/ralph-baric-phd-1/
(3) Francisco San Martín. Fragmento articulo publicado en revista Discovery Dsalud. 26/6/2020

2.2.2 ¿Es el SARS-CoV-2 el agente causante de la pandemia?

Para poder probar que el virus SARS-CoV-2 es el virus causante de la epidemia, hay que extraerlo de los afectados, cultivarlo, purificarlo, secuenciarlo y probar si cumple con los postulados de Koch y los de Rivers específicos para virus, para así probar que es éste el agente ÚNICO causante de la pandemia. No se ha purificado convenientemente, ni se ha secuenciado ni se ha probado el cumplimiento de los postulados de Koch. El que varios laboratorios hayan publicado imágenes del supuesto "virus", en el caso de que sea el de una nueva especie, no demuestra el cumplimiento de los postulados de Koch ni de los específicos para virus. El propio equipo chino de Wuhan que aseguró haber aislado y secuenciado el SARS-CoV-2 reconoce el mes de marzo del 2020 en un artículo titulado *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumoniae in China 2019* (1), que no lo aisló, ni lo purificó ni cumplió los postulados de Koch. Por lo tanto, lo que secuenció fue material genético procedente de un enfermo afectado de neumonía al que se decidió nombrarlo como el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Según el virólogo **Stefan Lanka** los efectos de una neumonía atípica son claramente conocidos y por lo tanto no se pueden presentar como la causa de un nuevo virus hasta ahora desconocido. El método de prueba de un virus es un método de detección genética, a base de aislar a partir de un virus, procedente de células y tejidos que mueren, la secuencia de genes y a partir de aquí clasificarlo o no como una nueva especie. Sin embargo en este caso no se ha procedido de esta manera. Se ha aislado, de un virus, las secuencias de genes que después se utilizan para las pruebas de detección. Estas secuencias de genes generalmente cortas, con la ayuda de programas informáticos se "construyen" largas cadenas y se toman como modelo de verdaderas cadenas de ADN o ARN viral. Si se realizaran los experimentos de control, descubrirían que TODAS las secuencias genéticas cortas que se unen mentalmente para formar la cadena genética viral de un supuesto virus, se originan en el metabolismo humano y no en el exterior. Ésta es la razón por la que se obtienen resultados positivos en los tests de individuos sanos (2).

Thomas Cowan en el artículo titulado "El contagio, un cuento de hadas" que en breve será publicado por la editorial Cauac y que forma parte del Proyecto Covid-20, realiza un pormenorizado análisis de todos los estudios científicos que pretenden haber aislado y secuenciado en famoso coronavirus en cadáveres o pacientes de Covid-19. Se trata de un resumen de su libro The Contagion Myth (el mito del contagio) y concluye que en ninguno de los estudios publicados se ha aislado y secuenciado un virus a partir de muestras debidamente purificadas y que cumpla con los postulados de Kock y de Rivers..."Si alguien puede mostrarnos un estudio bien hecho en el que se aísla, purifica, fotografía y determinan las características del «coronavirus» siguiendo lo establecido a través de las directrices que publicó el Instituto Pasteur en 1973 y luego se demuestra que provoca la aparición de enfermedades en organismos sanos (animales o humanos), estaremos encantados de retirar el libro. Mientras tanto sostenemos que la idea de un coronavirus contagioso es un cuento de hadas."

Una de las obscenidades biológicas que hoy está permitida, al igual que experimentar con guerra microbiológica, es la de patentar los virus, como hizo el Instituto Pasteur con la patente de SARS-CoV-2. En el caso de ser un virus natural no se puede patentar porque la naturaleza no puede patentarse; y en el caso de ser artificial tampoco ya que se trataría de una arma bacteriológica. Imagínense ustedes que se aísla, se purifica y se secuencía convenientemente y se publica la secuencia; lo primero que harían los científicos es compararlo con el de 2011. Sería como si el homicida entregara el arma del crimen para que se compararan las estrías con la bala asesina. En cambio los chinos el mes de febrero se apresuraron a entregar una mezcla de ARN con otras substancias celulares diciendo que se trataba del virus causante. La OMS lo da por bueno y se publicita el descubrimiento de un nuevo virus y se vincula a la nueva epidemia. Un cocktail casi perfecto excepto por un detalle, que no se había demostrado dichas afirmaciones. Por eso debido a las críticas de científicos de todo el mundo, los chinos publicar el referido estudio de mes de marzo en que admiten que no cumple los postulados de Koch ni pueden afirmar que el citado coronavirus sea la causa de la pandemia. Pero el "incendio" ya no había quien lo parara.

Científicos de diversos países se han dirigido a sus respectivos gobiernos para solicitar que busquen en sus registros pruebas de la existencia y aislamiento del virus SARS CoV-2. Así han recibido respuesta en EE.UU, Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda, Dinamarca, Gales, Escocia, Canadá (3) y recientemente Irlanda. Todas las instituciones han indicado lo mismo: que buscaron en sus registros y no encontraron ninguno que describiera el aislamiento de algún "virus COVID-19" directamente de una muestra de paciente que no fue adulterada primero con otras fuentes de material genético. La Oficina del Gabinete del Reino Unido informa que no hay fotos de microscopio electrónico del "SARS-COV-2" purificado, no hay artículos revisados por pares con el genoma de "SARS-COV-2" purificado, no hay pruebas de que "el virus" cause "COVID-19 .

- Hay un estudio de la Universidad científico-técnica de Wuhan. Una muestra de 10 millones de chinos, publicado en revista Nature, revisado por pares, 50.000 profesionales y avalado por 20 científicos, 14 mayo -1 junio 2020 publicado 20 noviembre (4). Con este curriculum, vamos a darlo por válido. En él leemos: En ninguno de estos 300 positivos asintomáticos ni de los 34.000 recuperados encontraron restos del Covid. Al cultivar el virus de los que dieron test +... vieron que no eran viables, no crece ninguno con capacidad de infección, lo mismo que pasó en Corea del Sur. O sea entre los 10.000.000 de chinos no hay ningún virus SARS CoV-2 que crezca en ningún cultivo ¡¡

Vamos con la última información. En la revista Discovery Dsalud de diciembre de 2020 (pag 18-24) se comenta un estudio que se publicó en junio 2020 firmado por 30 científicos la mayoría de los cuales con del CDC de EE.UU y miembros de prestigiosas instituciones. Este estudio desmiente las dos principales afirmaciones sobre la Covid-19: Que se ha descubierto un nuevo coronavirus y que es el causante de la pandemia declarada por la OMS el pasado 11 de marzo (5). Estudio fue financiado por el National Istitute on Aging y los National Institutes of Allergy and Infectious Diseases que dirigen desde 1984 -junto con la Universidad de Texas- el mismísimo Anthony Fauci. Se trata pues de un estudio realizado por científicos no precisamente "negacionistas". Sobre la capacidad de infección del supuesto SARs-CoV-2 leemos:
- "Examinamos la capacidad del SARS-Cov-2 para infectar y replicarse en varias líneas celulares comunes a humanos y primates, incluyendo de adenocarcinoma humano (A549), células de hígado humano (HUH 7.0) y células renales embrionarias humanas (HEK-293 7T) además de células Vero E6 y Vero CCL81. También en células de de hígado de murciélago moreno (EFK3B (…..)". Como ven en la "carta" del "restaurante" había platos muy apetecibles para los virus, pero a pesar de todo..."A continuación inoculamos cada línea celular con numerosas infecciones, las observamos 24 horas después y no observamos efecto citopático alguno en ninguna de las líneas celulares excepto en las de Vero"..."Las células A549 resultaros incompatibles con la infección por SARS-CoV-2".

Esto merece una explicación: No lograron infectar y dañar las células humanas que resultaron incompatibles con la infección, ni en células de riñón humano (HEK-293), ni en las que son las de epitelio alveolar pulmonar humano (A549), que es donde los medios oficiales nos cuen-

tan que es donde infecta y se reproduce el coronavirus. Eso sí, afectó a las células Vero, o sea, las del riñón del mono verde africano con el cual pocas relaciones tenemos pero, incluso en éstas lo hizo tras administrar al cultivo potentes antibióticos que pudieron ser la causa de los efectos observados y no debidos al virus. En resumen: El supuesto virus ensayado y denominado SARS-CoV-2 es inofensivo para los seres humanos.

Concluimos por lo tanto que un virus con la misma denominación ya estaba patentado y que lo que se ha presentado como el nuevo virus no está demostrado que sea el causante de la Covid-19; cosa que los mismos autores de los citados artículos admiten.

(1) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017
(2) https://rafapal.com/2020/06/17/el-doctor-stefan-lanka-desmonta-la-fiabilidad-de-los-test-del-Covid-19/
(3) https://www.mentealternativa.com/varios-paises-admiten-no-tener-registros-del-coronavirus-aislado/
(4) https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w
(5) https://dx.doi.org/10.3201/eid2606.200516

2.2.3 El "virus" observado

En un tema tan importante, con tantas vidas e intereses en juego y con tanta tecnología a nuestra disposición, es muy extraño que no encontremos más información y una respuesta clara, unánime y contundente.

Hay muy pocas imágenes de este "virus"; me refiero a las imágenes del SARS-CoV-2 publicadas por diversos laboratorios. De entrada hay que decir que una fotografía al microscopio electrónico no sirve para identificar a un virus, más bien para descartarlo; ya que hay muchísimos coronavirus esféricos y con espículas; además, el color se añade por tratamiento informático. Es interesante observar algunas de las fotografías publicadas; las de los laboratorios de Fort Detrick en EE.UU., la del Laboratorio Rocky Mountain en EE.UU, y la de la Universidad de Hong Kong. (Gráfico 2.1). En la de Rocky Mountain (1) observamos una cosa curiosa, hay virus de diferentes tamaños, cosa que no es propia de los virus sino de los exosomas (foto B); cosa que no observamos en la foto A. El que más se parece a un coronavirus típico es la foto procedente Fort Detrick (foto C), pero podría ser de cualquier otro coronavirus. En la fotografía de la Universidad de Kong Kong (foto D), observamos cuatro fases en que por gemación se forma un virus, pero la presencia de la cálula en la misma imagen demuestra que no se trata de un virus aislado y purificado. Todas las muestras son tomadas de un solo paciente que presentaba la enfermedad, pero hace falta comprobar que el virus fotografiado es el que produce el contagio y que su genotipo corresponde a una especie totalmente nueva.

Termino recordando el enlace de los dos anteriores apartados en que diversos países, entre ellos la Oficina del Gabinete del Reino Unido, admiten que "no hay fotos de microscópio electrónico del "SARS-COV-2" purificado".

(1) https://www.elespectador.com/coronavirus/asi-luce-el-coronavirus-bajo-el-microscopio-articulo-904532

2.2.4 ¿Natural o artificial?

En relación a si este "virus" o fragmentos aislados, son de origen natural o han sido modificados en laboratorio, sólo puede haber las dos opciones formuladas en el título del capítulo. La OMS encargó un informe científico a ICNIRP (The International Commission on Non -Ionizing Radiation Protection) publicado en la revista Nature Medicine (1) y que concluyó diciendo "Nuestros análisis muestran claramente que el SARS-CoV-2 no es una construcción de laboratorio o un virus manipulado deliberadamente. En su lugar, proponemos dos escenarios que pueden explicar de manera plausible el origen del SARS-CoV-2: **1.** Selección natural en un animal huésped antes de la transferencia zoonótica; y **2**. Selección natural en humanos después de la transferencia zoonótica. También discutimos si la selección durante el pasaje podría haber dado lugar al SARS-CoV-2". Sin embargo, no aclara cómo se originó este virus.

Pero una vez que intenta explicar el origen el informe va descartando posibilidades sin poder concretar cuál de ellas fue su origen descartando incluso el origen animal: "Ni los betacoronavirus de murciélago ni los betacoronavirus de pangolín muestreados hasta ahora tienen sitios de escisión polibásica. Aunque no se ha identificado ningún coronavirus animal que sea lo suficientemente similar como para haber servido como el progenitor directo del SARS-CoV-2, La diversidad de los coronavirus en los murciélagos y otras especies se subestima masivamente". Descarta también "que se haya originado por cultivo celular o paso de animales habría requerido el aislamiento previo de un virus progenitor con una similitud genética muy alta, lo que no se ha descrito: Se han observado nuevos sitios de escisión polibásica solo después del paso prolongado del virus de la influenza aviar de baja patogenicidad "in vitro" o "in vivo". Además, una generación hipotética de SARS-CoV-2 por cultivo celular o paso de animales habría requerido el aislamiento previo de un virus progenitor con muy alta similitud genética, que no se ha descrito". Creo que no debemos esperar que una posible manipulación de un virus con finalidades perversas sea publicada en ninguna revista, y por lo tanto descartar con este argumento que no sea posible. El informe termina diciendo: "Aunque la evidencia muestra que el SARS-CoV-2 no es un virus manipulado a propósito, actualmente es imposible probar o refutar las otras teorías de su origen descritas aquí."

Por todo ello, vemos que una vez leído el informe, no es tan contundente como reflejan los titulares de los medios de comunicación. La otra versión la protagonizaron científicos de la India (2) que concluyeron afirmando que encontraron 4 inserciones de las proteínas que no están presentes en otros coronavirus y sin embargo son idénticos a fragmentos del VIH. Tras analizar la composición bioquímica de diversas proteínas, llegan a la conclusión de que es improbable que se haya producido de forma natural. Muchos científicos como Luc Montagnier, Francis Boyle, Máximo Sandín, Li-Meng Yan, etc. opinan que se puede tratar de un virus "quimera" construido con fragmentos de otros virus.

- El pasado 14 de septiembre de 2020, la Dra. **Li-Meng Yan** viróloga china (MD, PhD) que huyó del país y dejó su trabajo en una prestigiosa universidad de Hong Kong, en un trabajo publicado con otros tres científicos chinos afirma que el SARS-CoV-2, el virus que causa Covid-19 fue creado por científicos chinos en un laboratorio (3). Así lo resume: "La evidencia presentada en esta parte revela que ciertos aspectos del genoma del SARS-CoV-2 son extremadamente difíciles de conciliar como resultado de la evolución natural. La teoría alternativa que sugerimos es que el virus puede haber sido creado usando coronavirus de murciélago ZC45 / ZXC21 como columna vertebral y / o plantilla. La proteína Spike insertada es similar a la existente en el cromosoma nº 7 de los humanos, y debería haber sido manipulada artificialmente, tras lo cual el virus ha adquirido la capacidad de unirse a hACE2 e infectar a los seres humanos. Ésto está respaldado por el hallazgo de un sitio de digestión de enzimas de restricción único en cada extremo de la RBM. Es posible que se haya introducido e insertado un sitio de división de furina inusual en la unión S1 / S2 de la proteína Spike, lo que contribuye al aumento de la virulencia y patogenicidad del virus. Estas transformaciones han llevado a que el virus CoV-2 del SARS se convierta finalmente en un patógeno altamente transmisible, de aparición oculta, letal, con secuelas poco claras y masivamente disruptivo. lo que demuestra que la creación en laboratorio de este coronavirus es posible y se puede lograr en aproximadamente seis meses". Yan asegura que el Gobierno chino sabía de la existencia y el peligro del nuevo coronavirus tiempo antes de anunciar oficialmente sobre el brote ocurrido en Wuhan. Relata, además, que sus superiores callaron y ocultaron su investigación sobre la Covid-19, cuyos hallazgos podrían haber ayudado a salvar muchas vidas. (4)

Por último decir que cuando aparecen múltiples focos de fuego en un bosque, es indicio suficiente para sospechar que se trata de un incendio provocado. Es lo que pasó con la primera fase de la propagación de esta epidemia.

Con lo dicho hasta aquí, todo parece indicar que hubo una manipulación del coronavirus SARS-CoV-2 en los laboratorios de Wuhan. Ninguno de los trabajos científicos publicados manifiestan haber purificado convenientemente el aludido virus y obtenida su correspondiente secuencia genética completa. El citado trabajo de Yan no hace referencia a ello ni a la procedencia del material estudiado. En él analiza un fragmento de su ARN de 1278 nucleótidos de un total aproximado de 30.000. Queda por demostrar que dicho "germen" es el causante de la Covid-19 a base de autopsias y posterior análisis siguiendo los protocolos ya mencionados.

El comportamiento de un posible virus natural no es compatible con los datos y los resultados de este estudio. Y por lo que a continuación expongo, me inclino por la opción de una manipulación artificial de un agente infeccioso, que no necesariamente debe ser un virus. Pero mientras que no se demuestre que este material genético natural o modificado es el que se encuentra y se puede aislar a partir de autopsias de pacientes con Covid-19 y que posteriormente una vez inoculados en humanos produce la misma infección y patología, no podemos aceptar la hipótesis oficial de que se trata de una pandemia ocasionada por este virus. Y, como para que

haya una pandemia, necesitamos identificar al "germen" causante, mientras no se demuestre lo contrario, la opción alternativa de origen físico, cobra más verosimilitud.

(1) https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_content=organic&utm_campaign=NGMT_USG_JC01_GL_NRJournals/
(2) Extraña similitud de las inserciones únicas en la proteina de punta 2019-nCoV con el VIH-1 gp120 y Gag. Por Prashant Pradhan y otros
(3) https://zenodo.org/record/4028830#.X25Ety0rydu
(4) https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/07/12/5f0aca71fc6c831f408b4717.html

2.2.5 Mecanismo de transmisión

Ya que vamos a tratar de esclarecer las causas, es conveniente saber antes, si es posible, si estamos ante un posible "virus" que se transmite, según las informaciones oficiales, a través del aire. Porque de no ser así, algunas de las opciones ya quedarían descartadas y algunas medidas preventivas como el confinamiento o las mascarillas quedarían cuestionadas. En este tema hay versiones contradictorias y, si además le sumamos que desconocemos al "agente" causante, la cosa se pone más interesante todavía. Cito a continuación algunos argumentos sobre la transmisión del "virus" a través, o no, del aire.

- Un estudio realizado por científicos italianos, explica que utilizaron técnicas estándar para recolectar muestras de contaminación del aire exterior en un sitio urbano e industrial en la provincia de Bérgamo, identificaron un gen altamente específico para Covid-19 en múltiples muestras. La detección se confirmó mediante pruebas ciegas en un laboratorio independiente. Otros dos grupos de investigación han sugerido que las partículas de contaminación del aire podrían ayudar al coronavirus a viajar más lejos en el aire.(1)

- El profesor Jonathan Reid de la Universidad de Bristol en el Reino Unido está investigando la transmisión de coronavirus en el aire. "Quizás no sea sorprendente que, mientras están suspendidas en el aire, las pequeñas gotas puedan combinarse con partículas urbanas de fondo y transportarse".

- Científicos de la Universidad de Granada que hace años estudian el polvo atmosférico en suspensión han detectado unos agregados minerales que viajan desde el corazón del desierto del Sahara. Se trata de los *iberulitos*, cargados según afirman de plancton, sales y hasta virus. (2)

No hace falta ser científico de ninguna universidad, para saber que el aire puede transportar partículas de polvo del Sahara hasta Brasil, o que en ocasiones hasta han llovido renacuajos. Es lógico suponer que las partículas de polvo y de polvo contaminado pueden transportar bacterias y virus; otra cosa es que estos virus sean funcionales.

Mi opinión respecto a estos estudios de los científicos italianos y de los de Granada, es que un virus, como cualquier micropartícula, puede formar parte de agregados de partículas en el aire. Pero un virus, no es como una bacteria en cuanto a su resistencia a las condiciones ambientales externas, ya que éstas puede enquistarse y soportar condiciones extremas de temperatura y humedad. Un virus es muy lábil, no es viable fuera del organismo, un pequeño cambio de temperatura, humedad o algo de radiación ultravioleta pueden fácilmente inactivarlo. Es por ésto que no puedo dar crédito a que el virus detectado en el aire sea el el famoso coronavirus, además, porque no tienen ningún SARS-CoV-2 para poderlo comparar. Ignoro cómo lo han comprobado; si lo han hecho mediante un test PCR, como los científicos que detectaron el coronavirus en aguas de Barcelona del 2019, es de nula credibilidad.

Considero plausible lo que algunos científicos argumentan, que de existir un virus causante procedería de la activación por algún factor externo de un virus lisogénico o de un episoma. Posteriormente, en una segunda fase, pudo haber contagios de persona-persona, al tiempo que nuestro sistema inmunitario fue debilitando al "virus" haciéndolo menos letal. Es en esta segunda fase, en que hubiera podido viajar a escasa distancia en microgotas en caso de que la infección afectase a la parte externa del tejido pulmonar.

Veamos otros argumentos en sentido contrario:
1º.- Al analizar la secuencia de aparición de la Covid-19 en esta epidemia, vemos que el primer foco aparece en Wuhan y el segundo en Lombardía (Italia), sin que se demuestre una conexión directa entre ambos. Luego aparecieron multitud de focos en todo el planeta con la misma desconexión. Se publicaron algunos casos aislados de algunas personas que viajaron a Wuhan y que luego presentaron síntomas, pero esto no demuestra la difusión masiva del virus. Es por esto que se descarta por muchos epidemiólogos el que el virus "volara" desde Wuhan.

2º.- Una de las cosas interesantes que he descubierto en este estudio es el "efecto frontera", un "obstáculo" donde muchas hipótesis se estrellan. El "agente" causante de esta pandemia debe cumplirlo; es decir, debe explicar porqué a un lado y al otro de una frontera de muchos países con y sin 5G la incidencias de Covid-19 en muy diferente. Un ejemplo lo tenemos entre China y sus países limítrofes, o entre España y Portugal.

3º.- En la neumonía bilateral intersticial presente en el cuadro clínico de los pacientes muertos "por" Covid-19, la infección afecta al tejido conjuntivo de las células pulmonares; o sea, al medio interno del organismo, no el externo, como son los bronquiolos, bronquios y vías respiratorias. Esto es compatible con una reacción autoinmune que produce una reacción inflamatoria en todo el organismo. De ello se deduce que el "germen" infeccioso se difundió al principio por la sangre, no por el aire. La pregunta obvia es, entonces, ¿cómo llegó a la sangre?

4º.- A principios de la crisis proliferaron los cuadros clínicos de personas que pasaban en 2-3 días de estar con leves síntomas a ingresar y rápidamente agravar y fallecer. Lo que según muchos especialistas, no es compatible con una infección vírica que ha ido progresando paulatinamente en el organismo (en este caso causada por una epidemia que hace meses llegó de Wuhan).

5º.- Los CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (EE.UU.) rectifican.
Ya a punto de editar esta última actualización y redactado todo este trabajo, el 22 de septiembre del 2020 llega la siguiente noticia: "Los CDC de EE.UU rectifican. El virus no se transmite por el aire". La noticia publicada por CNBC informa: "Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades dijeron el lunes que publicaron erróneamente una guía que decía que el coronavirus se propaga a través de partículas en el aire que pueden permanecer suspendidas en el aire y viajar más allá de los seis pies". "Una versión preliminar de los cambios propuestos a estas recomendaciones se publicó por error en el sitio web oficial de la agencia", dijo el lunes el CDC. "Los CDC están actualizando sus recomendaciones con respecto a la transmisión aérea del SARS-CoV-2 (el virus que causa Covid-19). Una vez que se haya completado este proceso, se publicará el idioma de actualización." Horas antes, la Organización Mundial de la Salud dijo que se comunicó con los CDC sobre el cambio de orientación. La OMS no había visto ninguna "nueva evidencia" sobre partículas en el aire y estaba consultando con los CDC para "comprender mejor" la naturaleza exacta del cambio, dijo el Dr. Mike Ryan, director ejecutivo del programa de emergencias de salud de la OMS, durante una conferencia de prensa. en la sede de la Agencia en Ginebra.(3) Ya no debería asombrar a nadie los cambios de opinión oficiales sobre todo lo referente a esta "pandemia"; es una práctica habitual.

6º.- María José Martínez Albarracín, Licenciada en Medicina y Cirugía y Catedrática de procesos diagnósticos: "Como se puede leer en esta ficha de la vacuna de Astrazeneca para Covid, las secuencias recombinantes del virus se han cultivado en células MRC5 que son células de feto caucásico varón abortado de 14 semanas y también en células HEK293 que son células embrionarias de riñón humano, ya que el virus no crece en células del epitelio alveolar pulmonar humano A549. Esto explica lo que hemos dicho muchas veces: el receptor ACE2 (entrada del virus) no se expresa en el pulmón y por lo tanto la Covid no puede transmitirse por vía aérea.

7º.- Las últimas investigaciones divulgadas por Mª José Martinez Albarracín y **Almudena Zaragoza** argumentan la no transmisibilidad por el aire del supuesto virus, y que en el caso que alguien alguien haya contraído el SARS CoV-2 habrá sido inyectado (4).

8º.- En el artículo de Discovery Dsalud citado en el anterior capítulo (5), recordamos que los científicos no consiguieron replicar el supuesto virus SARS-CoV-2 en cultivos celulares de epitelio alveolar humano (A549). Esto significa que, de existir, no son compatibles con una infección de tejido pulmonar y por tanto incompatible con un agente infeccioso que llega por vía aérea.

9º.- Es significativo el detalle de que en los estudios de seroprevalencia se observa que la mayoría de "contagios" se producen en personas sin ningún contacto conocido con personas afectadas. En el ya citado estudio publicado por la Universidad Científico-Técnica de Wuhan con una muestra de 10.000.000 de chinos, revisado por pares, firmado por 20 científicos y publicado el 20 de noviembre de 2020 afirman que encontraron 300 casos positivos asintomáticos. Entonces escogieron 2 casos provenientes de una familia y otros 2 de otra familia, sin pacientes con COVID-19 previamente confirmados en estas dos familias. Se rastreó un total de 1.174 contactos cercanos, los confinaron 2 semanas y luego todos dieron negativo para el COVID-19 (6). Es perfectamente consecuente con lo acabo de exponer los titulares de muchos periódicos de todo en mundo; pongo como ejemplo el de El País de 3 de febrero del 2021: "Madrid ignora el origen del 83,3% de los contagios en su territorio". O sea, tras un año de investigación y seguimiento de los "contagiados" no encuentran relación con sus supuestos "contagiantes". Y en lugar de plantearse que su hipótesis es errónea, optan por atribuirlo a falta de personal y presupuesto.

10º.- Si la Covid-19 fuera un síndrome producido por el SARS-CoV-2 y éste se difundiera por el aire, según las recomendaciones de las autoridades sanitarias la población quedaría protegerse del contagio usando mascarillas. De ser así, los países donde no se usa ni se recomienda la mascarilla deberían ser países con un elevadísimo índice de Covid-19 y resulta que no es así.

11º.- Por el mismo motivo anterior, los deportes de grupo como futbol, basquet, balonmano, etc. donde hay contacto personal y que se practican sin mascarilla, deberían ocasionar entre sus practicantes un elevado índice de contagios; y sin embargo, no es así.

Estos 11 argumentos, echan por tierra no solamente toda la estrategia de lucha preventiva que algunos países todavía se practica de protegerse con las mascarillas, sino que contradice la versión oficial que se trata de un virus de origen natural procedente de Wuhan que se ha difundido por el aire. Entonces, seguro que alguien se preguntará, ¿y si no ha venido volando o no se ha transmitido por el aire, cómo se ha difundido? Ya he dicho anteriormente que cuando parece que no hay una respuesta lógica a una pregunta, seguramente es que la pregunta está mal formulada. Si en cambio, la pregunta fuera: ¿Qué es "lo que" produce la Covid? en lugar de preguntar "que virus es el que" produce la Covid, posiblemente hallaríamos una respuesta. Es entonces cuando me pregunto si hay alguna posibilidad de que haya "algo" que se difunda por el aire, que cause síntomas parecidos al Covid-19, que no deba cumplir con los postulados de Koch, que cumpla con el "efecto frontera" y que actúe a la vez sobre el medio externo e interno. Resulta que afortunadamente hay una: Las REM. Éstas, contrariamente a lo que se difunde, intenta silenciar y desmentir, afectan a la totalidad del organismo. En breve lo analizamos.

(1) https://www.forbes.com.mx/mundo-cientificos-coronavirus-particulas-de-contaminacion-del-aire

(2) https://www.elmundo.es/elmundo/2008/10/01/ciencia/1222860798.html
(3) https://www.thegatewaypundit.com/2020/09/disgraceful-cdc-beclowns-admits-randomly-posted-website-unproven-guidance-Covid-19-remains-suspended-air/
(4) https://scabelum.tv/videos/entrevista-con-maria-jose-martinez-albarracin-y-almudena-zaragoza/
(5) https://dx.doi.org/10.3201/eid2606.200516
(6) https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w

2.3. REM-COVID-19. Estudios científicos

2.3.1 <u>De Firstemberg a Mordachev</u>

Debemos recordar y hacer mención a la hipótesis general planteada en esta investigación. La primera parte ha quedado demostrada. Sin duda hay una estrecha relación entre los índices de casos de Covid-19 y emplazamiento de redes 5G, ampliable a otras frecuencias 3G y 4G. El hecho de que además, a más redes 5G/habitante haya más incidencia de Covid y, que en Suiza tras una moratoria 5G la incidencia aumente 7 veces menos que los 22 países que le rodean, sería suficiente para demostrar la causa-efecto. Pero vamos a presentar más pruebas.

Sería muy extenso publicar la bibliografía de los que han tratado este tema; sin embargo quiero mencionar los estudios y la divulgación realizada por **Barrie Trower** con el que comparto plenamente su contenido. A continuación unos párrafos de un artículo de **Arthur Firstenberg** publicado en 2009 (1):

- "La mayor diferencia entre las antenas de telefonía de hoy y las antenas de radio del pasado no es su seguridad sino su número. El número de estaciones de radio ordinarias en los Estados Unidos actualmente es menos de 14.000. Pero el número de antenas de móviles y Wi-Fi (sin cable) se cuenta por centenares de miles y los teléfonos móviles, ordenadores inalámbricos, teléfonos sin cable y radios de dos vías alcanzan los centenares de millones. Los radares y las redes de comunicación de emergencia también están proliferando fuera de control. Desde 1978, cuando la *Environmental Protection Agency* (Departamente de Protección del Medio Ambiente) revisó por última vez el entorno de radiofrecuencia en los Estados Unidos, la exposición promedia del habitante urbano a las ondas de radio ha aumentado 1000 veces; mucho de este incremento ocurrió solamente en los últimos nueve años."

- "Desde 1988, las investigaciones en el laboratorio de un neurocirujano sueco, Leif Salford, han consistido en exponer a jóvenes ratas de laboratorio ante un teléfono móvil o a otra fuente de radiación de microondas; luego sacrifican a los animales y buscan la albúmina en su cerebro. La albúmina es una proteína que es un componente normal de la sangre pero que normalmente no cruza la barrera hematoencefálica que protege el cerebro. La presencia de albúmina en el tejido cerebral siempre es señal de que las venas han sido dañadas y de que el cerebro ha perdido parte de su protección. Ésto es lo que los investigadores han encontrado, consistentemente durante 18 años."

Y del 2009 con Arthur Firstenberg nos vamos a otro ejemplo reciente, un estudio del 15 de diciembre del 2020 realizado en Brasil en el que se relacionan los casos de cáncer con la exposición continua de baja intensidad de las estaciones base de radio. En las capitales donde la exposición a la radiofrecuencia de RBS (Radio Base Stations) fue superior a 2000 / antenas-año, la tasa de mortalidad promedio fue 112 / 100.000 habitantes para todos los cánceres. El análisis ajustado mostró que cuanto mayor es la exposición a la radiofrecuencia RBS, mayor mortalidad por cáncer (2).

Sabemos que cuando la célula es "agredida" por agentes externos como pueden ser las REM, pueden activar virus lisogénicos o inducir la producción de exosomas; en este último caso, estos corpúsculos con material genético transmiten información a otras células y tejidos, pudiendo producir efectos beneficiosos o perjudiciales; como por ejemplo, producir metástasis o curar un cáncer. Si las células se sienten "agredidas" transmiten una señal de alarma a través de exosomas que pueden provocar una tormenta de citoquinas. Son los agentes responsables de la comunicación intercelular, inducen la activación de receptores específicos de membrana. Su acción fundamental consiste en la regulación del mecanismo de la inflamación.

También hay que contemplar la posibilidad de que las REM aludidas pueden influir directamente sobre la bioquímica humana independientemente de la acción sobre el estímulo de exosomas. Hay suficientes argumentos para dar una respuesta afirmativa. Estudios científicos que no han sido rebatidos demuestran que el átomo de oxígeno absorbe la REM de 60 GHz (dentro de la banda destinada a la tecnología 5G) (3). Así los átomos de oxígeno sufren cambios en sus propiedades electromagnéticas, alterando su capacidad de enlace y reacción. Algo similar a lo que ocurre a unos 25 Km de altura donde la radiación ultravioleta actúa sobre la molécula de O2 disociándola, para luego formarse moléculas de ozono (O3). Por otra parte, sin salir de este tema, muchos médicos, investigadores y bioquímicos que estudian la Covid-19 mantienen que en gran medida los efectos patológicos derivan de una hipoxia, derivada a su vez de una anemia, derivada a su vez de una inutilización de la molécula de hemoglobina, derivada a su vez de una destrucción de la hemoglobina por captar y, por tanto, poder transportar la molécula O2, liberando el átomo de hierro (Fe) que posee. Aquí tenemos pues el punto de conexión entre la 5G (REM) y los efectos patológicos típicos del Covid-19.

El argumento de que la radiación 5G no tiene capacidad de penetración en nuestro organismo basado en pruebas de laboratorio realizadas por el ICNIRP con maniquís llenos de agua, no es argumento científico suficiente para rebatirlo. En cambio, científicos como **Martin L. Pall,** Profesor Emérito de Bioquímica de la Universidad del Estado de Washington, argumentan que los canales de calcio pueden amplificar la señal recibida provocada por las REM de la 5G, y que éstas estimulan la actual "pandemia" de Covid-19 (4). El Dr. **Ben-Ishai** del Departamento de Física de la Universidad Hebrea de Israel detalló recientemente como los conductos de sudor humano actúan como una serie de antenas helicoidales cuando se exponen a estas longitudes de onda (5). A similares conclusiones llega en Dr. **Yuri Feldman** del Departamento de Física Aplicada de la Universidad de Israel (6).

Sabido es que las REM interactúan sobre los materiales y átomos metálicos; ésto se evidencía en determinadas pruebas clínicas o en escáneres. El átomo de hierro (Fe) es sensible a estas radiaciones y cada molécula de hemoglobina pose uno. También lo son el Calcio (Ca), Aluminio (Al), Cadmio (Cd) y el mercurio (Hg). Y se ha demostrado que las vacunas antigripales de los últimos años contienen, entre otros, estos dos últimos elementos. Pero además, las REM de alta frecuencia como las que se usan en radioterapia sabemos que pueden producir una patología similar a la que se han descrito en muchas historias clínicas de la Covid-19, incluso la denominada "irradiación corporal total" que produce una hipoxemía global. La patología por radiación crónica es causada por la exposición prolongada al cuerpo de la corriente de radiación en pequeñas dosis que exceden, sin embargo, la cantidad máxima permisible. En este caso, casi todos los órganos y sistemas se ven afectados, por lo que el cuadro clínico de la enfermedad es diverso y no siempre el mismo. Con lo que es probable que hayan pasado cuadros clínicos de irradiación por casos de pacientes infectados (7). En las autopsias se constató daño endotelial grave y poliserositis compatible con efectos causados por radiación. Recuerdo que la SAR (Tasa de Absorción Específica) de los móviles se sitúa entre los 0,3 y 1 W/kg, aunque algunos superan los 1,5. El límite legal es de 2 W/kg y ningún teléfono puede superarlo. Pero se están acercando y seguro que si se mide la radiación en las proximidades de las antenas 5G, al menos en los períodos de pruebas pueda superarlo.

- **Ana Maria Oliva** Dra. en Biomedicina, resume los efectos de las REM sobre el organismo humano. Destaca que los organismos oficiales sólo reconocen com efecto perjudicial de las REM para el ser humano el aumento de temperatura. Esto deriva del concepto erróneo de que solo la radiación ionizante es dañina por encima de un umbral y la no ionizante es inocua, por la simple razón de que el único parámetro estudiado es el aumento de temperatura. Pero está documentado que esta "sopa" electromagnética a que estamos sometidos puede producir otros efectos; entre ellos nombro algunos relacionados con las bandas de telefonía móvil:
- Acción sobre el cerebro y sistema nervioso central, produciendo daños a nivel neuro psiquiátrico.
- Acción sobre el sistema endocrino. Sobre el corazón: bradicardia, arritmias, fallos sistólicos, desajustes en la presión sanguínea. Estrés oxidativo y daños por causa de radicales libres, que se asocian con enfermedades crónicas. Daños en el ADN; produciendo mutaciones que se relacionan con el cáncer. Fenómenos de apoptosis o muerte celular programada lo que se relaciona con enfermedades neurodegenerativas. Efectos negativos sobre la fertilidad masculina y femenina y el aumento de abortos. Efectos sobre la regulación del calcio intracelular. Pueden causar cáncer hasta por 15 mecanismos diferentes. Relacionados con Alzeimer, con déficit de atención, hiperactividad y autismo. Entre los efectos psicoemocionales: la adicción al teléfono y la virtualización de las relaciones. Entre los específicos de la banda de la 5G: Absorción por el oxígeno con lo que puede alterar su unión con la hemoglobina y generar hipoxia. Entre los efectos ocultados citamos la manipulación mental y emocional que se puede hacer a través de ondas electromagnéticas. Se usa a nivel terapéutico con imágenes subliminales, con frecuencias específicas para modificar o producir efectos mentales. También se usa esta tecnología para modifivar la climatología.

El Proyecto Pandora es un buen ejemplo de ello. Fue una iniciativa creada por el ejército y las agencias de seguridad norteamericanas a mediados del siglo XX, con el objetivo de realizar espionaje con el uso de ondas electromagnéticas, para obtener información clasificada de la Unión Soviética. Uno de los primeros antecedentes en el uso de esta tecnología nos remonta a la década de los sesenta, donde el Doctor **José Manuel Rodríguez Delgado**, profesor de Fisiología en la Universidad de Yale, logró estimular a distancia el cerebro de diversos animales entre los cuales se encontraban toros, chimpancés e incluso seres humanos, demostrando que podía controlar su mente y su cuerpo pulsando un botón (8). Pero esto ya empezó hace unos 70 años y las ciencias adelantan que es una barbaridad; es muy difícil que imaginemos lo que se puede hacer hoy, ya que los experimentos militares van con 50 años de adelanto sobre lo que la gente conoce.

Lo que acabamos de exponer da una respuesta positiva a la posibilidad de que las REM puedan producir, entre otros, efectos similares en humanos a los descritos de la Covid-19; tanto si existe o no un agente infeccioso vírico causante.

Presentamos ahora uno de los últimos estudios, de 15 junio de 2020.

Vladimir I. Mordachev: Mortalidad por Covid-19 y niveles de REM permitida, Universidad Estatal de Bielorrusia de Informática y Radioelectrónica. (9)
El artículo considera la hipótesis sobre la posible influencia de la contaminación electromagnética del medio ambiente sobre la Tasa de letalidad (TL) y la Tasa de mortalidad (TM) de la población por infección por coronavirus. La hipótesis se confirma indirectamente por la correlación entre el grado de rigidez de las normas higiénicas de niveles de fondo electromagnéticos de radiofrecuencia para la población, que son creados principalmente por dispositivos móviles. sistemas de comunicación (celular).” Es estudio abarca 31 países: China, EE.UU, Rusia, Canadá, Japón... Tras analizar los datos, llega a la conclusión de que los países en que los límites máximos de contaminación electromagnética han sido fijados en connivencia con las corporaciones, tanto la TL como la TM son mucho más elevadas que las de los países donde los criterios fijados han sido más higiénicas y más restrictivas. (Gráfico 2-9. A-B)

Me he permitido extraer de los datos publicados los datos necesarios para confeccionar una gráfica para ver la diferencia entre la TL y TM de estos dos grupos de países (gráfico 2.9-C). He escogido y comparado los 12 países que tienen un límite superior de 10 W/m2 y los 13 que tienen un límites no superior a 0,1 W/m2. El resultado es el siguiente: La Tasa Letalidad de los países con REM de 10 W/m2 es un 320% superior a los de REM no superior a 0,1 W/m2. Y la Tasa de Mortalidad en los mismos grupos es de un 458% superior. Por cierto, la correlación Pearson en los dos casos es de 0,551 y 0,577, lo que demuestra una relación positiva de los dos factores estudiados.
Conclusión: A más REM permitida, más casos de muertes por Covid-19.

(1) https://www.avaate.org/spip.php?article226

(2) https://www.preprints.org/manuscript/202012.0381/v1
(3) Shigeaki (Shey) Hakusui. Fixed Wireless Comunications at 60 HHz Oxygen Absorption Properties. M.Yu. Tretyakov. 60-GHz oxygen band:... Elsevier. 231 (2005) 1-14
(4) http://plataforma.quieroauditoriaenergetica.org/5G-Covid19-%20DR.%20MARTIN%20L.%20PALL.pdf
(5) (http://www.sccma-mcms.org/Portals/19/assets/docs/17ZZ-PDF.pdf?ver=2017- 05-10-133815-897)
(6) https://ehtrust.org/newly-published-study-finds-5g-frequencies-have-a-biological-effect/
(7) https://www.bitchute.com/video/cm1Dla2s9PgI/?fbclid=IwAR04IK3Prl3N3v_V7ezZ7T-GkDHFbeJTIki6Y24PW3kuhqnCsgiZTTtmPq0A
(8) https://www.unmundodemisterio.com/home/2017/12/22/el-proyecto-pandora
(9) https://doklady.bsuir.by/jour/article/view/2705

2.3.2 Efecto Rouleaux

Entre los muchos estudios que se han hecho y publicados sobre el tema, debido a lo limitado de esta publicación, cito como ejemplo a dos; por su sencillez y por lo importante de sus conclusiones. Y además algo muy importante, ambos elaborados estudiando las REM no ionizantes de la telefonía móvil. Veamos si afectan o no al organismo humano.

El efecto “rouleaux” es el efecto en el que los glóbulos rojos se agregan en forma de pilas de monedas. Esto altera la capacidad de los glóbulos para transportar oxígeno y dióxido de carbono fuera de las células, lo que provoca síntomas de disnea e hipoxia, pudiendo provocar coágulos de sangre y efectos trombóticos. ¿Puede el efecto Rouleaux ser causado por la REM de la comunicación inalámbrica? Cito dos estudios que lo demuestran.

A.- Fundación **Weston-Price**: “¿La exposición a corto plazo a la radiación de los teléfonos celulares afecta la sangre?” (15 de enero de 2015). (1)
Se tomaron muestras de sangre de 10 personas antes de la exposición a los teléfonos inteligentes (condición de línea de base) y después de la exposición a un teléfono inteligente en modo de recepción, colocado en una mochila que el sujeto usó durante 45 minutos (modo de carga), y después de hablar, enviar mensajes de texto y usar el teléfono por un total de 45 minutos (activo - condición de uso). Ver imágenes en gráfico 2.8.A.

Según las conclusiones y la discusión del estudio, los resultados muestran cambios sustanciales en la sangre debido a la exposición a la radiación de teléfonos celulares a corto plazo en 9 de cada 10 personas. La agregación de glóbulos rojos y la adherencia se observaron principalmente después de 45 minutos de exposición a un teléfono inteligente en modo de recepción que llevaban los sujetos en una mochila. Por el contrario, los cambios morfológicos (forma) de los glóbulos rojos, incluida la formación de equinocitos (células puntiagudas; (ver gráfico 2.8), fueron dominantes después de que los sujetos usaran activamente el teléfono durante 45 minutos adicionales. Parece que la adherencia de los glóbulos rojos con aglutinación es la primera etapa del efecto de radiación del teléfono celular. Posteriormente, los agregados

de glóbulos rojos tienden a romperse y luego ocurren cambios de forma celular, en los que se observan equinocitos y otras células deformadas.

B.- La Dra. **Magda Havas**. Ph. Profesora emérita de la Universidad de Trent.: "Análisis de sangre en vivo y electrosmog". Además, en un artículo científico revisado por pares sobre salud ambiental titulado "La radiación de la tecnología inalámbrica afecta la sangre, el corazón y el sistema nervioso autónomo" (2013). La Dra. Havas escribe en la sección titulada *La contaminación eléctrica afecta la sangre*. "Que los cambios en el tamaño, la forma y la aglutinación de estos eritrocitos pueden indicar un deterioro de la salud (ver imágenes en gráfico 2.8.B). La imagen 1 muestra sangre viva (sangre sin productos químicos añadidos) en un ambiente electromagnéticamente limpio. La imagen 2 después de usar una computadora con cable durante 70 minutos. Y la imagen 3 la sangre de la misma persona después de hablar por un teléfono inalámbrico durante 10 minutos. Los eritrocitos están pegados y se asemejan a una pila de monedas. Esto se conoce como formación de Rouleaux e indica sangre no saludable." Ver video (2).

– – –

¿Cual es el mecanismo físico que provoca el efecto rouleaux?
Es evidente que en los casos estudiados son causadas por las REM del teléfono o del ordenador, ya que este efecto no se manifestaba en los sujetos estudiados cuando no se exponían a estos campos electromagnéticos. Y aquí interviene el potencial Zeta, que es la diferencia del potencial eléctrico creado entre la doble capa de iones positivos cerca del glóbulo rojo y el medio con iones de sodio y cloruro. El potencial zeta de un sistema puede ser cambiado de dos maneras: Alterando la composición del medio y por la reducción de la carga eléctrica de la membrana del hematíe. No cabe duda que debemos atribuirlo a la reducción de su carga eléctrica. El potencial zeta puede bajar o aumentar la aglutinabilidad del sistema, o hasta puede promover la aglutinación de los glóbulos rojos en suspensión (3).

¿Puede el uso del teléfono inducir una diferencia de potencial que permite alterar la aglutinabilidad y fisiología de nuestros eritrocitos?
La respuesta es evidentemente positiva ya que al haber establecido que es la causa de tal fenómeno es prueba de que puede inducirlo; pero veamos como. Supongamos un teléfono móvil en recepción que reciba una potencia de 10-12 microW/cm2 induce una diferencia de potencial de unos 7 V/m. Cuando ésta sobrepasa los 0,15 V/m afecta a las membranas celulares y si sobrepasa los 0,00024 V/m genera en el plasma intersticial la alteración del funcionamiento del mismo. Con una simple división vemos que 7 V/m son 46 veces más que el límite natural para las membranas celulares y 29.000 veces el límite del plasma intersticial.

¿Que penetrabilidad tiene la radiofrecuencia de la telefonía móvil en el ser humano?
Aquí es donde radica el principal conflicto de intereses. Los organismos oficiales estatales basados en informes que la OMS encarga a una sucursal participada por intereses comerciales llamada ICNIRP afirma que, al no ser radiaciones ionizantes que no elevan la temperatura del

cuerpo no tienen ningún efecto fisiológico. Y otros añaden que este tipo de radiaciones no tienen penetrabilidad en el cuerpo humano más allá de unos milímetros.

Consultando lo publicado en relación a la capacidad de penetración en el cuerpo humano de las radiaciones correspondientes a las bandas de frecuencia en que opera la telefonía móvil vemos lo siguiente (gráfico 2.11) (5). Entre 750 MHz y 5 GHz la profundidad en el tejido muscular y piel oscila entre 3,18 cm y 2.78 cm respectivamente. Todo ello sin contar los efectos amplificadores de la señal descritos anteriormente por Martin L. Pall de los canales de calcio y de Ben-Ishai y Yuri Feldman de los conductos sudoríparos. Si repasamos unos conceptos básicos de medicina vemos que el corazón en reposo bombea toda la sangre en un minuto; y que se puede estimar que un glóbulo rojo tarda 3 segundos en llegar del corazón a la muñeca. Por consiguiente, los efectos causados por las REM en el tejido sanguíneo unos centímetros bajo la piel son dispersados rápidamente por todo el organismo. Estos datos son compatibles con los efectos observados en la sangre sometida a la radiofrecuencia propia de los instrumentos de telefonía móvil e inalámbricos (efecto de "rouleaux" y equinocitos)

Estos dos últimos trabajos científicos, el de Mordachev y los del efecto Rouleaux, tienen le valor de la simplicidad en su comprensión y el de brindar la ocasión de zanjar la discusión sobre si las REM no ionizantes afectan al interior de nuestro cuerpo. Porque espero que admitan que en el segundo caso, la sangre observada al microscópio un minuto antes de salir por el pinchazo del dedo, circulaba por el interior del cuerpo de las personas analizadas.

(1) https://www.westonaprice.org/health-topics/does-short-term-exposure-to-cell-phone-radiation-affect-the-blood/
(2) https://www.youtube.com/watch?v=8ZB7fb9Rqb0
(3) https://es.slideshare.net/cepecaptrujillo/1-inmunohematologia-52874514
(4) Efectos Biológicos asociados a la Telefonía Celular: Impactos sobre la Salud y Recomendaciones. (traducido del portugués)
(5) http://www.uco.es/organiza/departamentos/ing-electrica/documentos/ONDAS_EM_CONCEPTOS_BASICOS.pdf

2.3.3 Contaminación electromagnética.

A continuación inserto un extracto de **Pedro Cores** especialista en geobiología y electromagnetismo que resume parte de lo publicado en su web (1) sobre este tema tan de actualidad.
- Desde el cosmos y desde el sol estamos siendo invadidos por campos electromagnéticos que son parte del medio en el que hemos evolucionado como seres vivo que somos.
Nuestro cuerpo usa esos campos electromagnéticos naturales y genera energía eléctrica necesaria para su funcionamiento.
La diferencia de potencial generada por el cuerpo depende del tejido o sistema que lo genere, siendo los límites en reposo desde 0,00024 V/m en plasma intersticial hasta 0,15 V/m entre el exterior y el interior de la membrana celular.
La inducción o por contacto de cargas eléctricas permanentes o repetitivas en el tiempo y su-

periores a 0,00024 V/m en el plasma intersticial generan la alteración del funcionamiento del mismo y en consecuencia una alteración del la fisiología de nuestro cuerpo, y si sobrepasan 0,15 V/m la agresión afecta a todas las membranas celulares que están en todo el cuerpo y al resto de sistemas que utilizan la electricidad para el normal funcionamiento.
Nuestros acúfenos se producen al inducir en el nervio acústico cargas eléctricas superiores al de su normal funcionamiento en reposo: 0.01 V/m, 1 centésima de voltio.
Como ejemplo tenemos que si un teléfono móvil activo pegado a muestra oreja marca 13 V/m, parte de esa energía se queda en la piel, en el hueso y parte llega al nervio acústico al que se le inducen cargas eléctricas muy superiores a 0,01 V/m, lo que genera los ruidos llamados acúfenos y a la larga el neurinoma del nervio acústico.
El primer receptor de los campos electromagnéticos y las cargas eléctricas inducidas desde el exterior por la contaminación electromagnética es la piel, que absorbe la mayor parte, le produce una elevación de la temperatura que disipa con el sudor y otras alteraciones como irritaciones, sarpullidos…, el líquido de los ojos, que también se calienta y el sistema nervioso periférico
El segundo receptor en la cabeza son los huesos del cráneo y en el resto del cuerpo los músculos y la circulación de la sangre periférica.
Tercero y último, los huesos, la parte interna del cerebro y glándulas en la cabeza, y órganos internos, sistemas circulatorios sanguíneo y linfático internos y el sistema nervioso interno.
Dependiendo de la intensidad de campo y la inducción de cargas eléctricas, así será la disfunción biológica generada de nuestra salud.
Como no hay interés en investigar oficialmente todo este proceso de invadir el interior de nuestro cuerpo con campos electromagnéticos procedentes de toda la contaminación electromagnética generada por la tecnología inalámbrica y transporte y consumo de energía eléctrica, no se toman las precauciones necesarias para utilizar la tecnología actual.
No hay ni un milímetro cuadrado de la superficie de LA TIERRA que esté libre de la contaminación electromagnética procedente de la tecnología humana.

(1) http://pedrocores.com/cem11042014.pdf

2.4 El origen de las causas

Intentemos aplicar la lógica para plantear el tema. Supongo que estamos de acuerdo de entrada en que debe haber al menos una causa. En cuanto a la naturaleza de la causa ya hemos dicho que solamente tenemos dos opciones: a) Biológica u orgánica y b) Física (en que cabe también la acción química), sin que ambas sean excluyentes; sabiendo que si una de ellas se elimina o se debilita su argumentación, la otra, cobra mayor verosimilitud. En relación a la primera opción, la única posibilidad planteada oficialmente es la del coronavirus SARS-CoV-2 como agente único infeccioso y causante de la epidemia; en esta opción también incluimos lo que muchos investigadores y científicos plantean y argumentan; que podría tratarse de exosomas o de algún virus lisógénico. En cuanto a la la causa química de la segunda opción, podría ser debida a alguna substancia orgánica o a metales pesados. Para ser tenida en consideración esta posibilidadaunque sea como cofactor, requiere que dicha substancia/s deberían ser de pre-

sencia global, deberían cumplir con el efecto frontera, y producir efectos patológicos similares a la Covid-19.

Esquemáticamente estas son las opciones estudiadas.
(A) Por virus natural.
(B) Por virus modificado genéticamente.
(C) Por episoma específico inducido.
(D) Por virus/episomas activados.
(E) Por episoma modificado en laboratorio
(F) Acción de los metales.
(G) Por REM.
En cuanto al origen, contemplo estas 7 opciones. Vamos a ver al ir analizando y descartando con cual nos quedamos.
Nota: Episoma se refiere a material genético extracromosómico celular y exosoma cuando es segregado por la célula rodeado de una membrana o cápsula.

A.- Virus natural
Muy improbable que un virus natural cumpla con las 3ª fase de la "pandemia", en que mientras en unos países se potencia en otros hay escasa incidencia. Muy improbable que un virus natural presente el "efecto frontera". Muy improbable que la variedad B del virus natural solo se encuentre en el país foco de la "pandemia" (gráfico A2). Muy improbable que un virus natural actúe con la selectividad étnica y geográfica de esta "pandemia". No se ha demostrado el postulado de Koch del supuesto virus, ni se han realizado las pruebas de control para comprobar que el material genético usado para los tests sean originarios y exclusivos de un nuevo virus. Descartamos la opción de un virus de origen natural como agente único causante. Quedan 6 opciones.

B.- Un virus modificado genéticamente
- Es posible que un agente infeccioso modificado tenga una incidencia asimétrica entre regiones climáticas o amplias regiones geográficas con etnias, razas, o genotipos diferentes, sobre todo si está modificado genéticamente. La hipótesis de un virus procedente de un laboratorio de Wuhan cumpliría con las primeras fases de la "pandemia", pero no con la precisión del "efecto frontera" ni con que no prolifere en determinadas zona como por ejemplo África, ni que se difunda a través del aire como ya hemos visto.

- Al inicio de la crisis había muchos pacientes que en 2-3 días pasaban de un estado normal a una crisis aguda que desencadenaba rápidamente su muerte. Esto no es compatible con una gran carga viral; y para ello se necesitan semanas o algún mes en que el virus se va reproduciendo; pero nunca con efectos semejantes. Además, un virus por si solo no es capaz de provocar enfermedades graves en invierno y no graves en verano.

La hipóteisis de que un virus modificado procedente de Wuhan sea el causante de la pandemia

debe contemplarse. Pero de ser así, se trataría de un virus "quimera", cuya posibilidad de supervivencia es escasa als ser este tipo de virus atacados e inhabilitados ràìdamente por nuestro sistema inmune; en todo caso, solo explicaría los primeros "contagios" pero no los posteriores. Aunque esto de momento entra dentro de lo verosímil, antes de terminar esta Parte II voy a argumentar lo contrario; entre otras cosas porque no se ha aislado. Por lo dicho y, mientras no se demuestre, también debo descartar que un virus modificado sea el agente único original causante de la "pandemia". Soy perfectamente consciente de lo que acabo de escribir después de eliminar la hipótesis de que el virus sea natural, al hacer lo mismo con la hipótesis alternativa de que el virus causante de la pandemia haya sido un virus manipulado procedente de Wuhan. Pero como he dicho y repito, como causa original única. Nos quedan 5 opciones.

C.- Un episoma específico inducido
Se trataría de algún mecanismo o factor que provocara en nuestro organismo la producción celular de algún episoma específico para provocar una determinada patología, como se hace en terapia génica. Veo muy poco probable esta hipótesis ya que la Covid es un síndrome y no se caracteriza precisamente por una sintomatología concreta o localizada en algún órgano determinado sino más bien lo contrario. Tampoco cumpliría con el "efecto frontera". Descartamos también esta opción como causa única del proceso. Nos quedan 4 opciones.

.

D.- Por virus/episomas activados
- Un virus lisogénico es un virus atenuado que tiene un período de inactividad durante el cual el material genético del virus está incorporado al material genético de la célula huésped y se reduplica con ésta durante generaciones. Aquellos genes que permiten la síntesis de las proteínas virales pueden permanecer reprimidos indefinidamente. Cuando las condiciones cambian, por ejemplo, por radiación ultravioleta o rayos X, los virus entran al ciclo lítico para reproducirse nuevos virus hasta que la célula revienta. Incluso, este paso de virus moderado a lítico puede ser de manera espontánea. Los virus lisogénicos son más difíciles de controlar, porque tienen un período de latencia en que no se nota la infección. De manera que la posibilidad existe y puede ser activado por radiaciones de onda corta. Ahora la pregunta es la siguiente: ¿Podría la mayor parte de la humanidad haber sido infectada por un virus lisogénico o episoma sin producir efectos significativamente traumáticos y que más tarde se active? Esta posibilidad existe; pongo un ejemplo. Uno de los virus naturales que lo pueden hacer es el Virus de Epstein-Barr (VEB). El VEB es un patógeno ubicuo que ha infectado a más del 90% de la población adulta mundial. La infección por el VEB usualmente ocurre de forma subclínica en la infancia temprana (2). De manera que los virus lisogénicos se pueden activar mediante factores externos y pueden actuar en combinación con episomas. (3).

Esto liga con lo dicho con anterioridad, que ya durante años se hayan introducido en el organismo humano "virus" lisogénicos, episomas, o antígenos a través de las vacunas, que actuando como "carga" sean "detonados" por nuevos agentes inyectados o por las REM.

La hipótesis episómica postulada por Tomas Cowan de que la Covid-19 sea desencadenada

por la emisión celular de exosomas que pueden provocan una tormenta de citoquinas y un desequilibrio metabólico, es factible y debe ser contemplada. Pero no como causa original única, sino como una respuesta a una “agresión” exterior, que como veremos, también puede ser producida por las REM. Por lo dicho, tenemos que descartar también que un virus/episoma lisogénico o endógeno pueda actuar como causa única, pero no de forma combinada.
Nos quedan 3 opciones.

(1) https://es.wikipedia.org/wiki/Virus_lisogénico
(2) https://conganat.uninet.edu/ICVHAP/conferencias/018/intro.htm
(3) https://lacienciaysusdemonios.com/2013/05/15/vih-o-exosomas/

E.- Un episoma modificado en laboratorio.
Al ser un episoma similar a un virus en su composición estructural y genética, parece, de entrada, que esta opción es similar a la ya planteada; pero como veremos al precisar, la cosa cambia. Una cosa es un episoma endógeno propio de la célula y otra es un episoma modificado en laboratorio.

Episomas modificados en laboratorio son habituales en medicina e ingeniería genética, y pueden producir efectos terapéuticos selectivos sobre las células y tejidos. ¿Se puede confundir un episoma con un virus? (1) Sí. Ambos pueden contener ARN, el tamaño es similar, aunque todos los virus de una misma especie son uniformes, pero no los exosomas; los puntos de inserción en la membrana celular son los mismos, las mismas vías de replicación, ambos pueden provocar la apoptosis (muerte) de la célula. Ambos pueden ser liberados a cientos o miles por las células. Ambos los podemos encontrar en exudados de líquidos bronquiales de pacientes.

Los exosomas adquieren relevancia debido a su facilidad relativa de manipularse y adaptarse a los procesos regulados de manufactura y almacenaje a largo plazo requeridos o deseados. Actualmente algunos estudios han demostrado la factibilidad de la producción a gran escala de exosomas (1). Ello permitiría una distribución artificial y selectiva, seleccionando etnias, países y patologías. Al no ser una bacteria ni virus ni encajar dentro de la teoría infecciosa, no debería cumplir con el postulado de Koch. La actual tecnología permite fabricar nanopartículas de tamaños similares a virus y episomas con contenido de ARN sintético (2). Y ahora retengan lo que acabamos de decir y adjunten la siguiente información por si nos puede ser útil más adelante: “Científicos de la Universidad de Carolina del Norte han creado las nanopartículas más pequeñas del mundo. La función potencial de estas nanopartículas orgánicas es la administración de medicamentos y la introducción de otros materiales orgánicos en el cuerpo humano. Mediante la adaptación de nuevas tecnologías desarrolladas por la industria electrónica para la fabricación de transistores, los científicos han descubierto por primera vez la forma de crear partículas para llevar material genético, medicamentos y otros compuestos de un nano-tamaño y uniformidad sin precedentes. Las partículas son tan pequeñas que se pueden diseñar y construir para que su diámetro mida tan solo 100 nanometros.” (6). Y añado;

su tamaño es incluso inferior a muchos coronavirus. Esta información ya es de hace más de 15 años. Por cierto, en la Universidad de Carolina del Norte es donde se sospecha que fue investigado, para "mejorarlo", el famoso coronavirus antes de ser exportado a Wuhan.

La vía de entrada sería a través de las vacunas, cuya posibilidad existe; o a través del aire.¿Sería posible que un exosoma modificado pueda ser difundido a través del aire, como dicen que se produce el contagio del actual "virus"? cosa que todavía no está confirmado.

Ya hace 20 años se publicó un artículo científico titulado: "Nanopartículas inhalables para controlar mejor las metástasis pulmonares." Y en él pueden leer: "…en experimentos relacionados con metástasis pulmonares en ratones se constató que, una vez inhaladas en forma de aerosol, las nanopartículas (NPS) se distribuyen rápidamente por ambos pulmones (3)".
La difusión de bacterias a través del aire esta más que comprobado. La Operación Sea-Spray fue un experimento secreto de la Marina de los EE. UU. de 1950, en el que se rociaron Serratia marcescens y bacterias Bacillus globigii sobre el Área de la Bahía de San Francisco en California. En 1977 en el subcomité del Senado USA se reveló que también se habían producido hechos similares en 239 pruebas al aire libre con agentes biológicos (4). También el Dr **Dietrick Klinghart** afirma que ésto se puede difundir a través de las estelas de los aviones (chemtrails) (5).

Aquí el problema técnico no radica en la fabricación ni en el transporte ni en la difusión, sino en que sea modificado de tal forma que sea resistente a los factores ambientales; cosa que no puedo afirmar por no tener información. Sin embargo no se puede descartar esta posibilidad

Dejando en suspensión el problema de su difusión aérea, queda por superar el escollo de cumplir con el "efecto frontera". Ésto implicaría una distribución geográfica muy dificil, precisa y selectiva. Pero sí podría ser distribuido de una manera general como antígeno o "carga" a través de las vacunas quedando en forma lisogénica y posteriormente "activado" selectivamente por agentes externos como las REM, cumpliendo así con el "efecto frontera". Vamos con las dos últimas opciónes.

(1) http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000400463
(2) https://www.immedicohospitalario.es/noticia/18290/nanoparticulas-de-arn-sintetico-sensibilizan-el-cancer-a-los-antit
(3) https://www.immedicohospitalario.es/noticia/18170/nanoparticulas-inhalables-para-controlar-mejor-las-metastasis-pulmon
(4) https://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=https://en.wikipedia.org/wiki/Operation_Sea-Spray&prev=search
(5) https://www.youtube.com/watch?v=--9V9Lex-yI
(6) https://www.euroresidentes.com/tecnologia/nanotecnologia/nanopartculas-orgnicas-ms-pequeas-de

F.- Acción de los metales.
Los átomos metálicos ejercen en nuestro organismo importantes labores en el metabolismo celular, como el hierro, el magnesio, el zinc, etc. Pero esta acción positiva, puede ser alterada e invertida por la adición excesiva procedente de factores ambientales externos. Estos elementos externos negativos proceden de la alimentación, del aire que respiramos, de los aditivos de las vacunas y de las radiaciones electromagnéticas; todos ellos novedosos para el cuerpo humano. El aluminio puede favorecer la permeabilidad de substancias a través de la barrera hematoencefálica (cap. 2.3.1) y, según el principal experto mundial en este tipo de toxicidad, el profesor **Christopher Exley**, lo ha relacionado claramente con las enfermedades autoinmunes y la enfermedad de Alzheimer. Otros efectos del aluminio en el cuerpo humano son: demencia, pérdida de memoria e, incluso, daño al sistema nervioso central..., con el consiguiente peligro de infección del sistema nervioso. La exposición excesiva al mercurio puede ser tóxico para los sistemas nervioso e inmunitario, el aparato digestivo, la piel, los pulmones, riñones, ojos, pudiendo causar graves problemas de salud y es peligrosa para el desarrollo intrauterino y en las primeras etapas de vida. El cadmio puede llegar a producir una patología similar a la de la Covid-19: tos, disnea, cianosis, vómitos, diarrea, náuseas, mialgias, neumonía, pérdida de olfato y gusto e hipercoagulabilidad (1).

Es muy importante la relación entre las REM de muy baja frecuencia y radiofrecuencia y el cadmio. En 2002 **Olga Garcia Arribas** publicó un estudio científico en el que concluía que estas ondas potencian los efectos tóxicos del cadmio y del mercurio (2). En un reciente estudio científico se han encontrado muchos tipos de nanopartículas metálicas observadas al microscópio electrónico en diferentes vacunas. No puede ser fruto de contaminación accidental, ya que además las vacunas de los animales no las contienen (3).

Contemplamos la acción de los metales en nuestro organismo como un factor potenciador de de las REM y como factor de alteración metabólica; pero no como causa única de la "pandemia", por no cumplir con el "efecto frontera", ni con el desarrollo temporal de la "pandemia".

(1) Dr. Jacint Corbella. Esquemes de Toxicología Industrial. Universitat de Barcelona
(2) Olga Garcia Arribas. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad Complutense: *Efectos biológicos de campos magnéticos de muy baja frecuencia y radiofrecuencia en presencia de metales pesados; cadmio y mercurio.*
(3) NewQuality-Control Investigations on Vaccines: Micro-and Nanocontamination. (Antonietta Gatti y Stefano Montanari)

G.- Las REM
Como hemos explicado anteriormente y en el cap 2.4, las REM podrían actuar por diferentes vías.
- Induciendo la producción o expresión de virus/exosomas de exosomas en el cuerpo humano. Es muy probable que la agresión en forma de REM induzca a un estado de alarma celular y como respuesta, ésta emita exosomas que pueden actuar sobre el organismo motivando o

agravando cualquier patología. También pueden inducir una tormenta de citoquinas que puede desencadenar unos efectos fisiológicos determinados como una ADE y patologías similares a la Covid-19.
- Acción metabólica.
No hay ningún problema tecnológico para que las antenas de telefonía emitan además frecuencias similares a las bandas de absorción de moléculas orgánicas que regulan nuestro metabolismo. Las REM de 60 GHz pueden actuar sobre el átomo de oxígeno, induciendo indirectamente una anemia; otras frecuencias pueden actuar sobre la molécula de hemoglobina induciendo una metahemoglobinemia y la consecuente muerte del paciente. En este caso no se necesitaría necesariamente al agente infeccioso externo para justificar la patología. Tampoco debería cumplir con el postulado de Koch, y sería una acción más selectiva geográficamente que la de una epidemia clásica.
- Acción por irradiación.
Un elevado grado de irradiación corporal por REM produce efectos similares a los descritos por Covid-19
- Alteración de nuestro campo electromagnético.
Está demostrado que las REM alteran nuestro campo electromagnético e inducen cargas eléctricas generando una disfunción metabólica y fisiológica de nuestra salud.

Para que esta hipótesis se cumpla debería explicar la sincronización temporal y geográfica en que ha surgido la epidemia. Implicaría, por ejemplo, que, en China, San Marino, Corea, Francia, etc., ya se hubiese diagnosticado la Covid-19 con fechas anteriores a las actuales. Y así parece que ocurrió a juzgar por las informaciones. Hay constancia de que ya en 2019 se diagnosticaron Síndromes Agudos Respiratorios (SARS) o neumonías intersticiales que no fueron diagnosticados como Covid-19. Si bien ha sido en los últimos 12 meses en que la 5G se ha implantado masivamente cuando han proliferado los casos, sabido es que antes de su estreno de manera oficial, la primera fase, que es la 5G NSA, ya usa la banda de frecuencia de la 5G.

Hemos encontrado una opción que no podemos descartar como origen único de la causa; siendo además muy probable que las REM puedan actuar como un cofactor potenciador en esta ecuación.

– – –

Como pequeño resumen de este capítulo señalamos, que solamente las REM pueden actuar como causa única. Sin embargo, un antígeno introducido a través de las vacunas, virus/episomas activados y los metales pesados, pueden actuar coordinadamente como cofactores potenciadores causales de la Covid-19.

2.5 Las hipótesis

Llegados aquí en la última fase de este estudio debo recordar la frase de Sherlock Holmes que encabezada este trabajo. No esperemos pues que esta “pandemia” tan “ilógica” pueda ser explicada por los razonamientos clásicos con que la intentan explicar.

2.5.1 La carga y el detonante.

En el estudio epidemiológico que en el Anexo 2 se hace de las vacunas y en otros estudios publicados por la prestigiosa viróloga **Judy Mikovits** o como el del Hospital de Barbastro, se demuestra que hay una relación entre vacunas previamente administradas antigripales y la Covid-19. Adjunto además varios datos:

- La epidemia aparece en China en diciembre-enero 2020. El 1 de enero del 2020 se decreta la vacuna obligatoria antigripal. A finales de enero aparecen allí las primeras neumonías bilaterales.
- En otoño del 2019 se vacuna a los italianos con la vacuna antigripal tetravalente. En febrero del 2020 aparece la epidemia en Lombardía con neumonía bilaterales intersticiales. (1)
- En Sudamérica, ante la inminente llegada de la pandemia, entre los meses de marzo-junio 2020 se vacunó masivamente a la población de riesgo llegando incluso en determinados países al 95% de cobertura. Meses después hemos visto el gran impacto de la Covid-9 en esta región.
- En la zona central de África, los países del África negra sin apenas vacunación antigripal y redes 5G, presenta todavía a septiembre del 2020 escasísima incidencia de Covid-19.
- Los virus/episomas lisogénicos pueden activarse por causas externas, entre ellas la contaminación electromagnética.
- Uno de los detalles que más me llamó la atención de los médicos del hospital de Barbastro fue el siguiente: ...”nos permiten proponer un hipotético mecanismo para la posible interferencia inmunológica, que requiere de la concurrencia de 3 elementos: a)Exposición previa del sujeto a la administración de POLISORBATO 80 por vía parenteral, b) Estado inmunológico del sujeto no óptimo. c) Contagio posterior con una cepa del coronavirus SARS-CoV-2.” Es decir, por sí mismos, ni el polisorbato ni el coronavirus serían capaces de desencadenar la reacción de hipersensibilidad. Explican además que se administraron dos tipos de vacunas antigripales; una para los menores de 64 años y otra para los de 64 o más años. Es en esta última donde se encuentra el polisorbato 80. Y que el riesgo de muerte es casi 6 veces mayor en los vacunados (mayores de 64 años) y el resultado es notablemente significativo. (2)
- Algunos médicos afirman que el cuadro clínico que algunos pacientes manifestaban en la primeras fases de pandemia era que en 2-3 día pasaban de tener síntomas leves a ingresar en urgencias vomitando, agravando su estado y morir; cosa que no es compatible con una típica infección viral. Para que éste se de es necesario que el virus se haya ido reproduciendo en el interior del paciente de una manera progresiva no explosiva. En cambio si es compatible con cuadros clínicos de irradiación corporal total.
- Puede que no sea casual que tanto en el hemisferio norte como en el sur, la Covid-19 se ha manifestado después del período de vacunación.

Como ustedes saben, la carga se pone antes que el detonante. Si repasan la cronología de la “pandemia” y los ejemplos anteriores de Wuhan, Lombardía, San Marino, Sudamérica, verán que ha sido así.

Todo lo anterior me recuerda el mecanismo físico entre la carga o explosivo y el detonante. Los componentes de la vacuna pueden contener la “carga” que permanece lisogénica o le-

tárgica hasta que no es activada por el "detonante" que en este caso serían las REM 5G o como dicen en el informe de Barbastro por la acción posterior de un virus. Una vez iniciado el proceso, al principio lo hace de una manera explosiva, exponencial, pero a medida que la carga se va consumiendo (donde la mayoría de la población de riesgo ya ha eliminada o inmunizada) el proceso pierde intensidad y sólo queda el detonante que puede seguir produciendo ciertos efectos, pero de menor intensidad.

También debemos señalar que la presencia de átomos o nanopartículas metálicas en los tejidos humanos actuar como "carga" y pueden amplificar las REM que recibimos.

Todo lo anterior explicaría:
1. Que los casos de Covid-19 se manifiesten posteriormente a la vacunación y no en períodos anteriores.
2. Que haya más casos en poblaciones vacunadas y a la vez con mayor implantación de redes 5G.
3. Compatible con que los viales de vacunas antigripales den PCR+.
4. Que se den casos al principio de la pandemia de pacientes con cuadros agudos y de rápida evolución.
5. Cumpliría con el "efecto frontera"
6. Compatible con que no se cumplan los postulados de Koch.
7. Compatible con que no se aísle y no se identifique el "germen" causante en los pacientes.
8. Compatible con lo que publican los médicos del Hospital de Barbastro en relación a que se han dado 6 veces más muertes en personas mayores de 64 años cuya vacuna contenía Polisorbato 80.
9. El hecho sospecho de que altos dirigente tengan información privilegiada para pronosticar un rebrote, o rebrotes de la epidemia, como el que han pronosticado para otoño del 2020.

Este último dato/argumento (nº 9), puede obedecer a dos motivos. Uno, el de atemorizar a la población sin motivo que lo justifique. Otro, que no es excluyente, que en efecto tengan información de los mecanismos de actuación que acabamos de describir. En este caso sabrían que para que las mismas condiciones se reproduzcan, deberían volver a la posición inicial de "recargar" a la población con la próxima vacunación; y si quieren que sea aún más efectiva, hacer que sea obligatoria. Hablando de información privilegiada les cito unas declaraciones del Dr. Anthoni Fauci el principal epidemiólogo de EE.UU, que está acusado de la exportación del SARS CoV-2 y de subvencionar su investigación en China; cosa que le convierten en una de las pocas personas más informadas en estos asuntos del mundo.
- "Fauci alertó, además, sobre la posibilidad de que algunas vacunas experimentales pudieran, de hecho, reforzar los efectos negativos del virus. En este sentido, apuntó que ha habido al menos dos vacunas en el pasado que han producido una "respuesta subóptima". "Y cuando la persona se expone, en realidad tienen una mayor patogénesis de la enfermedad, lo que siempre es preocupante. Así que queremos asegurarnos de que eso no suceda". Ante la au-

diencia, el epidemiólogo adelantó en un correo electrónico a The New York Times que si se omiten los puntos de control en las pautas de 'Open America Again' ('Abriendo EE.UU. de nuevo') "corremos el riesgo de sufrir múltiples brotes en todo el país".(3)

Frase que en su totalidad encuentro altamente interesante y preocupante y que ahora cobra más importancia. Me gustaría saber que quería decir al afirmar "cuando una persona se expone"; ¿a "que" se expone?

(1) https://www.youtube.com/watch?v=_hcHxgrSJjg
(2) https://zenodo.org/record/4009604#.X04EGSFS_bg
(3) https://actualidad.rt.com/actualidad/352964-epidemiologo-fauci-garantia-vacuna-efectiva

2.5.2 Hipótesis del "termostato"
Las actuales licencias de las bandas de frecuencia 5G en que deben operar las compañías de telefonía actualmente oscilan en general entre 0,7-3,5 GHz. Los gobiernos firman contratos con estas compañías para un período de pruebas. Desconozco si se ha publicado en que consisten estas pruebas, y si hay algún organismo independiente que las las regule, supervise y sancione si no cumplen con lo estipulado; pero sospecho que no lo hay, y si lo hubiera, debería ser de naturaleza pública y en tal caso tendríamos conocimiento. Cabe entonces preguntarse: ¿Qué tipos de pruebas se realizan? Aparte de las desconocidas, es lógico que una de ellas deben ser la de probar las prestaciones del instrumental, ensayando "in situ" diferentes grados de intensidad en función de los fines que se quieren conseguir con dicha radiación y observar sus efectos. En los medicamentos se ensaya desde la dosis mínima terapéutica a la dosis letal 50, que es la cantidad de sustancia necesaria para provocar la muerte del 50 % del total de individuos. Ya que por este camino no vamos a llegar muy lejos, tracemos el itinerario a la inversa.

- Animales muertos
Muchas son las noticias de animales muertos publicadas en todos los medios informativos. Especialmente significativas Las referentes a pájaros, ya que muchos son gregarios y han aparecido muertos en bandadas. Algunas de ellas analizadas y sin ninguna lesión exterior aparente. Se ha relacionado estos hechos con la proximidad y las pruebas de las antenas 5G. Hay estudios científicos que demuestran una interacción entre las REM y los insectos, aves, peces, anfibios, vegetales y árboles; como son los del biólogo Alfonso Balmori.

- Wuhan
Se instalaron unas 10.000 antenas con 5G en una autopista para pruebas de vehículos autónomos, y a mediados de octubre del 2019 se activaron entre un 75% y el 80%. Los primeros casos de "infección" se detectaron en los primeros días de su puesta en servicio.(1) Las frecuencias usadas para los coches autónomos están entre 24GHz a 86GHz y deben situarse a una distancia aproximada de 100m entre ellas. (1)
- San Marino. 4 de abril 2018
"A principios de julio el operador anunció su intención de convertir a San Marino en el primer

estado con 5G pero no ha sido hasta hoy, 4 de septiembre, cuando la antena se ha encendido para dar cobertura a una parte del país. Para la realización de estas pruebas se ha contado con TIM Telecom Italia Mobile San Marino, Nokia y el gobierno de San Marino, quien ha liberado la banda de 3.5GHz para ello. La antena ubicada en Faetano está equipada con tecnología Massive-MIMO 4X4 y bajo el estándar 3GPP Rel 15 (= 5G NSA). Los tests se realizarán a distancia, en el centro de investigación de TIM en Turín y allí se testean conexiones 5G basadas en ondas de frecuencia de 26 GHz."(2)

Ya que los datos son escasos, tomo nota que las pruebas se controlaron a distancia con frecuencias de 26 GHz. Si bien en el gráfico 2.6 vemos que en la adjudicación de frecuencias de 26 GHz figura Italia, por la fecha que pone, octubre del 2018, suponemos se refiere a San Marino.

- En mayo de 2019, la Comisión Europea adoptó una Decisión de Ejecución para armonizar el espectro radioeléctrico de 26 GHz, que permite a los Estados miembros establecer condiciones técnicas comunes para el uso de la banda y abrirla para su uso. En la tabla de adjudicaciones a 3 de agosto del 2020 (gráfico 2.6), vemos que en Francia tienen previsto subastar la banda de 26,25-27,5 GHz, y que Italia a la misma banda la tiene adjudicada desde octubre del 2018. (3)

- Francia. **José Luis Sevillano**, médico.

Y ahora vienen unas interesantes declaraciones de un médico español que trabaja en Francia. El 8 de septiembre del 2020 (4). Afirma y explica como los habitantes de un pueblo rural francés del cual él es médico, presentaron cuadros clínicos extraños similares a neumonías bilaterales parecidas al Covid-19 ya desde diciembre del 2019. Tras ubicar los casos sobre un mapa, relaciona los casos con la proximidad de las antenas de telefonía instaladas. Durante el confinamiento, la casa más próxima a una de las antenas sufrió el incendio de sus electrodomésticos, en las cercanías de las antenas la telefonía se interrumpía, vecinos que paseaban diariamente cerca de las antenas enfermaron o se murieron, en su domicilio no podía tocar ningún objeto metálico por dar chispazos. Frecuentemente se vieron efectivos de la Gendarmería y técnicos cerca de las antenas. Por su experiencia médica relaciona y razona que los cuadros clínicos que presentaban sus pacientes encajan perfectamente con los de la Covid-19 y a la vez con un cuadro clínico producido por radiación; en cambio no encaja con ningún tipo de infección, por dos motivos. Porque se cumplen dos efectos; el "efecto foco" es decir, más casos cerca de las antenas; y el "efecto gradiente", que a más distancia de las antenas, menos gravedad de la sintomatología.

- Al comienzo de la redacción de este trabajo (abril 2020), las informaciones procedentes de Francia indicaban que se estaba instalando la tecnología 5G, sin embargo más tarde Francia anunció que paralizaba su instalación. Ésto motivó que en mi primera edición realizada en marzo y publicada en abril incluyera a Francia dentro del club de la 5G, lo que motivó algunas críticas. Pero más adelante se reactivó la 5G. Por ésto, en los mapas de Ookla no aparecen redes sobre su territorio hasta el 13 de mayo (13 redes), y a 14 de septiembre se incrementan

a 33 redes. Ésto significa que según el calendario de aplicación de la 3GPP como mínimo 18 meses antes del 13 de mayo del 2020, se habrían podido realizar pruebas de 5G NSA sobre las antenas de 4G. Y por lo tanto, ésto es compatible con lo publicado en mi trabajo el mes de abril y con lo declarado por el Dr. José Luis Sevillano.

- A finales de diciembre de 2019 se publicaron noticas de la quema de antenas de telefonía; siendo atribuidos estos actos a sabotajes terroristas. En los videos se ve que las antenas ardían en su parte superior sin que la parte inferior estuviera en llamas. Ésto concuerda con el efecto causado por un aumento de tensión o de potencia suministrada a la antena. Poco después de estas noticias, Francia anunciaba un parón en la implantación de la 5G.

- José Luis Sevillano en video de 17 septiembre declara (5):
Vuelve a ser entrevistado y empieza recordando las profecías de que a mediados de septiembre habrá una reactivación de la pandemia. Afirma que ante los acontecimientos explicados anteriormente se compró un medidor de radiación. "..el 15 de septiembre vuelven a irradiar. El aparato de medición detecta que han cambiado la frecuencia y la energía de los campos electromagnéticos en la localidad donde vivo, los fenómenos electrostáticos que ya describí se han vuelto a producir desde hace 3 días y los fenómenos de interferencia con la linea telefónica se han vuelto a perturbar desde hace 3 días. Y que el 15 de septiembre se ponía en marcha en Francia la 5G. Yo estoy viendo gente desde hace 2 o 3 días con algunos síntomas ligeros, diarreas, la gente empieza a toser, esto me huele a que la cosa empieza otra vez."

A propósito de lo que declara, aporto los siguientes datos:
- Francia. 12 septiembre 2020:(6)
"Despliegue 4G y experimentos 5G el 1 de septiembre. Según la Agencia Nacional de Frecuencias (ANFR),...En cuanto a las estaciones experimentales 5G autorizadas en la banda de 3,5 GHz, el total son 483 en Francia continental y 17 en Ultramar (Reunión)." Es interesante el gráfico que se acompaña (gráfico 2.6.A) Si lo leído es cierto se autorizan experimentos 5G en 483 estaciones.

- España.1 septiembre 2020. "Telefónica ha anunciado esta mañana el encendido de su red 5G en España, que va a ir ampliando hasta llegar a dar cobertura al 75% de la población antes de que acabe el año. La operadora estará lista de esta manera para el lanzamiento comercial masivo de esta tecnología en otoño,[el otoño empieza el 21-24 de septiembre] ...Orange tiene previsto poner en marcha su red la semana que viene,..."(7)

Para terminar este capítulo aporto un fragmento de lo declarado el 12 de septiembre por María José Martínez Albarracín (8): "Investigadores de EE.UU. publicaron que a partir de diciembre 2019 se produjeron una serie de pulsos electromagnéticos (EM), - se trata de armas de guerra, que pueden ser enviados a grupos de antenas tanto de telefonía como de radio y no necesariamente de 5G. Son pulsos EM con una determinada frecuencia que han hecho que ardan algunas torres de antenas. Pulsos enviados probablemente desde satélites u otras tecnologías

de tipo Haarp que al concentrase en zonas donde había antenas han producido irradiaciones bastante graves para la población. ” Parece que el mes de diciembre del 2019 es una fecha que sospechosamente aparece repetida en esta historia.

Con los datos anteriores que reproducimos en el Gráfico 2.6, todo parece indicar que tanto en Francia, como en San Marino se permitieron pruebas de la tecnología 5G, llegando en San Marino hasta 26 GHz y mucho más altas en Wuhan. Tal como se hizo en San Marino, se sabe que la potencia y frecuencia de emisión de la antena se puede regular y sus efectos a distancia varían en función de esta regulación; cosa que se ha podido comprobar en experimentos militares para dispersar manifestantes.

Una de las probables críticas que se harán a esta hipótesis es que para que se produzcan efectos similares a la irradiación corporal, el receptor debería estar expuesto mucho tiempo, debería estar muy próximo a la señal emitida, o en todo caso disponer de algún sistema de amplificación de la señal. Los dispositivos móviles y accesorios wi-fi pueden ejercer esta acción, pero además, como ya he señalado, la existencia de metales en nuestro organismo puede amplificar dicha señal.

En base a lo expuesto, llegamos a la hipótesis que denomino “Hipótesis del termostato”. Así la empresa o el país que controla la tecnología, independientemente de las operadoras que prestan servicio, puede modular una determinada frecuencia de emisión de sus antenas; como mínimo durante el período de pruebas. Al no haber ningún tipo de control sobre las compañías que controlan el software las unidades centrales que envían la señal a las estaciones base, las antenas pueden ser programadas para emitir selectivamente sobre un individuo, una zona y en un determinado espacio temporal una determinada señal. Recuerden que la GPP establece que la primera fase de la 5G dura 18 meses y es muy probable que en esta fase se hagan las pruebas o experimentos que las compañías de telefonía o los poderes que las controlan crean “necesarias”. No me cabe duda que esto es así, pero convendría comprobarlo, porque de ser cierto, implica que en cualquier momento se puede volver a regular el “termostato” y provocar otra “pandemia” con las graves repercusiones sobre la vida humana puede tener. El futuro aportará los datos y la respuesta; conviene estar atentos.

(1) Martin L. Pall. Prof Un. Washington. Rayonnement 5G et Pandémie Covid-19 : Coïncidence ou relation Causale ?
(2) https://www.xatakamovil.com/conectividad/san-marino-se-convierte-primer-pais-europeo-5g-gracias-a-tim-nokia
(3) https://www.everythingrf.com/community/5g-frequency-bands-in-europe
(4) https://www.bitchute.com/video/cm1Dla2s9PgI/?fbclid=IwAR04IK3Prl3N3v_V7ezZ7T-GkDHFbeJTIki6Y24PW3kuhqnCsgiZTTtmPq0A
(5) https://youtu.be/brvhGE26hvA
(6) https://nuevoperiodico.com/despliegue-4g-y-experimentos-5g-el-1-de-septiembre/

(7) https://www.lavanguardia.com/economia/20200901/483264958151/telefonica-enciende-5g-apple-pacto-digital-pallete.html
(8) http://radiomolina.com/podcast/maria-jose-martinez-albarracin-licenciada-en-medicina-y-cirugia-por-la-universidad-de-murcia-y-catedratica-de-procesos-diagnosticos-clinicos-visitaba-radio-compania-para-aclararnos-cual-es-la-situaci/

2.5.3 La huella electromagnética (HEM)

A.- Del "termostato" a Hamelín

Desde que empecé esta investigación, había una cuestión que siempre quedaba sin responder y sobre la cual he meditado diariamente. Cómo es posible que una parte de la clase científica y los datos apunten a que sí existe el citado coronavirus, ya que ha sido patentado, que ha sido exportado a China, mejorando, etc (Opción A).. y por otra que el coronavirus causante de la epidemia es el citado SARS-CoV-2 (Opción B). Si demostramos B, queda probado A. Pero si demostramos A no queda probado B; argumento que esgrimen los "afirmacionistas" en contra de los que denominan "negacionistas", ya que aquellos ligan la existencia del virus a la presencia del mismo virus en los pacientes de Covid-19. En el caso de que no se consiga demostrar la existencia generalizada del citado virus en los pacientes, faltará un eslabón en esta corta cadena entre la fuente (virus de Wuhan) y el paciente. También cabrá preguntarse entonces para que querían "mejorar" este virus en un laboratorio de bioterrorismo si no pensaban utilizarlo. Otra cosa que no me encaja, es que si los chinos poseían este virus y, teniendo la tecnología para secuenciarlo en su totalidad, unos 30.000 nucleótidos, sin embargo sólo enviaron un fragmente de ARN del supuesto virus. Al no encontrar ni escuchar ninguna respuesta lógica, no me queda más remedio que en alusión al Sr. Holmes formular situaciones inverosímiles, como la siguiente: ¿Es posible que el virus exista, que se haya secuenciado y, que a la vez sea el que cause parte de los casos de Covid-19 registrados sin que se encuentre físicamente en los pacientes de la Covid-19? Parece que la respuesta debe ser negativa, ya que ésto implica que pueda ser transmitido a distancia como se hace con la tecnología de impresión 3D; pero no estamos hablando de un objeto estrictamente físico, ni disponemos de impresora 3D en el interior de los pacientes. Pero si fuera posible..., debería serlo mediante un mecanismo de transmisión diferente. En este caso la respuesta es, SÍ. Me imagino ahora los probables calificativos sobre mi persona y mi propuesta por la inmensa mayoría de los lectores y motivo de burla para muchos de los que opinan antes de informarse; pero los científicos no opinamos; proponemos, estudiamos y llagamos a una conclusión positiva o negativa respecto a la propuesta inicial.

En todo este trabajo de investigación, solamente hemos mencionado las REM para referirnos a frecuencias superiores a 1.800 MHz. Si ya se cuestiona por los medios generalmente mal informados, que las radiaciones de la tecnología 5G son inocuas, todavía más lo son las actuales frecuencias de la telefonía 3G, y 4G. Y si a alguien se le ocurre plantear la posible acción sobre la salud humana de las REM de baja frecuencia o de muy baja frecuencias inferiores a las de radiofrecuencia o sonoras, como son las propias de los objetos de la naturaleza que

pueden oscilar entre 3-300 Hz., corre el riesgo de ser tratado como mínimo de hereje. Vamos pues a correr el riesgo.

Tratemos en primer lugar si estas bajas frecuencias pueden producir efectos sobre el cuerpo humano. Las frecuencias subsónicas de unos los 20 Hz. no se perciben por el oído pero son las que se usan en efectos especiales de cine para crear las sensaciones que percibes en el resto de tu cuerpo. Se han hecho múltiples experimentos y se usa en películas para crear sensaciones de inseguridad, miedo, sentimiento de que algo va a pasar. Por ejemplo, un terremoto, una fuerte explosión, la sensación de la famosa pisada del Tiranosaurio de Parque Jurásico. De momento ya hemos demostrado que pueden actuar y actúan sobre el sistema nervioso. Creo que nadie discute que existe la musicoterápia y que como mínimo produce efectos sobre el cuerpo humano, estamos hablando de frecuencias de entre 16 Hz-20.000 Hz. Todos los objetos tienen una frecuencia que los caracteriza y ésta se denomina frecuencia natural. Si se emite una vibración cerca del objeto, éste comienza a vibrar sin que nadie lo toque debido a su frecuencia natural. Ésto es aplicable a moléculas orgánicas, células, organismos y a la propia naturaleza. Es conocida la diferencia de solamente 8 Hz entre la música a 440 Hz y la de 432 Hz, diferencia que cualquiera puede comprobar. El patrón de 440 Hz fue implantado por Goebbels, ministro de propaganda de Hitler, que en este terreno era un experto y es el que actualmente está en vigor; es el patrón de referencia para afinar los instrumentos musicales; en cambio el de 432 Hz está mucho más de acuerdo con la armonía natural.

Después de este preámbulo a modo de antídoto contra las incredulidades y críticas prematuras, vamos a entrar en el tema. Para ello reproduzco gran parte de un artículo de Francisco San Martín publicado el 26/6/2020 en la revista Discovery Dsalud.
- Luc Montagnier, premio nobel de Medicina. Gracias a sus trabajos hoy sabemos que todo ADN bacteriano y viral emite una radiación electromagnética de baja frecuencia propia que puede transmitirse tecnológicamente.

- En la búsqueda de la huella electromagnética de la vida está el físico ruso **Georges Lakovsky** (1870-1942), autor de la Teoría de la oscilación celular según la cual “la vida es una cuestión de ondas electromagnéticas y se basa en los principios de resonancia”. De ahí que a su juicio pueda decirse que las células vivas son “como pequeños osciladores que emiten y reciben información”.

- Poco tiempo después el estadounidense **Royal Raymond Rife** (1888- 1971), la primera persona del mundo en visualizar un virus; es más, en 1931 afirmaría haber descubierto un virus que causa cáncer y para demostrarlo provocó 400 tumores partiendo del mismo cultivo viral investigando luego cómo destruir ése y otros posibles virus cancerosos. «Después de aislar virus y otros organismos patógenos -contaría- pensé que igual era posible utilizar una frecuencia que resonara con sus constituyentes químicos y así desvitalizarlos (...) En 1931 descubrí cómo un virus transformaba una célula en cancerosa y luego cómo destruirlo con éxito, méto-

do de emisión de frecuencias que es eficaz para esta y otras enfermedades como pude observar directamente a través de mi Microscopio Universal. Se trata de un tratamiento con el que no se destruye ningún tejido, no se siente ningún dolor, no se oye ningún ruido y no se nota ninguna sensación. Un tubo se enciende y 3 minutos después el tratamiento se completa. El virus o la bacteria queda destruido y el cuerpo se recupera de forma natural del efecto tóxico de ese virus y/o bacteria". Bueno, pues tan increíble descubrimiento sería inmediatamente silenciado.

- La doctora **Hulda Clark** (1928-2009) aseveraba que todo microorganismo invasor patógeno puede ser destruido exponiéndolo a campos de la misma frecuencia en la que vibra y desarrolló un aparato que lo hace y se comercializa desde hace mucho tiempo: el Zapper. Hablamos de un generador de pulsos que puede emitir frecuencias entre 50 KHz y 900 Khz.
- El doctor **Franz Morell** y el ingeniero alemán **Erich Rasche** quienes desarrollaron el MORA, un dispositivo capaz de captar las ondas negativas de los microorganismos patógenos de nuestro cuerpo y luego emitir ondas electromagnéticas de la misma longitud, alineadas espacialmente, igual de intensas y emitidas al mismo tiempo pero invertidas que permiten inactivarlos o destruirlos.

La HEM del ADN puede transmitirse mediante ondas electromagnéticas.
Cita tres trabajos de indudable valor -considerados "heréticos"- en los que Montagnier explica que la información genética de virus y bacterias puede transmitirse electromagnéticamente al agua.

- Utilizando un dispositivo de amplificación inventado en la década de los ochenta por el Dr. **Jacques Benveniste** para capturar las emisiones de luz ultrabajas de las células. Montagnier filtró las partículas de ADN bacteriano presentes en un tubo con agua, diluyó el líquido homeopáticamente hasta que no hubiera materia alguna y descubrió que aún así el líquido continuaba emitiendo ondas de frecuencia ultrabaja.... Pues bien, al menos dos ideas básicas pueden extraerse de su investigación: la primera es que si el ADN de virus y bacterias es capaz de transmitir al agua su "huella electromagnética" lo lógico es que ocurra lo mismo con cualquier otra entidad viva; y la segunda es que si esa huella electromagnética puede transmitirse entre recipientes separados físicamente debe ser posible también mediante la emisión de radiofrecuencias actuar sobre el agua interna de cualquier ser vivo, incluidos los humanos; tanto positiva como negativamente.

- Lo que el equipo de **Luc Montagnier** sí ha descubierto es que la información electromagnética viral o bacteriana presente en forma de nanoestructuras en un recipiente puede transmitirse por mera biorresonancia a otro recipiente con agua pura poniendo simplemente los dos en contacto físico. Es decir, que la información patógena presente en forma de nanoestructuras inmateriales del agua que inicialmente contuvo el virus o la bacteria puede transmitirse por biorresonancia a un recipiente sin que los líquidos estén en contacto. Y no solo esto: comprobaron que el agua del nuevo recipiente que jamás estuvo en contacto directo con patógeno al-

guno tenía capacidad infecciosa. Mayúscula sorpresa que les llevaría a preguntarse si bastaba además esa información o huella electromagnética para encontrar la secuencia de ADN del envase original. Para resolver la cuestión añadieron al tubo de agua receptor todos los ingredientes necesarios para sintetizar el ADN por reacción en cadena de la polimerasa (nucleótidos, cebadores, polimerasa). La amplificación se realizó bajo condiciones clásicas (35 ciclos) de la técnica PCR en un termociclador -aparato que permite realizar los ciclos de temperaturas necesarios para amplificar el ADN- y lograron detectar un fragmento del ADN original cuya secuencia era idéntica en un 98%.

- En suma, una información patógena puede transmitirse por biorresonancia pero también mediante dispositivos de transmisión electromagnética. El experimento al que nos referimos se realizó por primera vez en julio de 2005 y se repitió y filmó para un documental que se emitió en 2103 en el canal de televisión del país galo France 5. En un laboratorio de París se tomó un fragmento de ADN viral –presuntamente del VIH-, se echó en un recipiente de agua a una concentración de 2 ng/ml y a continuación se filtró para luego diluirla en 9 partes de agua estéril, operación que se repitió sucesivamente diez veces. Comprobado que del tubo seguía emanando una débil señal electromagnética se grabó y guardó en un archivo digital wav de 6 segundos de duración. La señal digital se enviaría entonces por correo electrónico a Italia donde la recibieron el profesor de Biología Molecular de la Universidad de Samnio Benevento Vittorio Colantuani y el profesor de Física de la Universidad de Salerno **Giuseppe Vitiello**. Recibida la señal electromagnética se emitiría durante una hora sobre un tubo sellado que contenía agua pura y a continuación se sometió su contenido a la técnica PCR encontrándose que daba positivo con una similitud respecto al ADN original del 98%. La transducción había funcionado.

- El experimento fue tan llamativo que varios laboratorios italianos y alemanes repetirían el experimento para corroborar si era cierto como se recuerda en el propio trabajo que el equipo de Montagnier publicaría en 2015 usando un archivo grabado y digitalizado procedente del ADN ribosómico de la Borrelia burgdorferi, garrapata causante de la Enfermedad de Lyme (Z). La señal digital se envió vía internet desde el laboratorio francés siendo luego convertida en analógica, amplificada y conectada a un solenoide en el que se insertó un tubo de agua que se sometió a un campo magnético modulado durante una hora. Usada de nuevo la técnica PCR se detectaría el ADN original tras 40 ciclos de amplificación. Una vez digitalizada la señal del virus se convertiría de nuevo en una señal electromagnética transmisible y, por ejemplo, se podría integrar de forma similar a los infrasonidos en las señales de telecomunicación habituales al pasar por las estaciones base o bien emitirse como única señal imperceptible en momentos y lugares determinados.

Terminamos recordando que los infrasonidos de entre 0 y 16/20 Hz -imperceptibles para el oído humano- se propagan muy bien en el aire pero también en el agua, el gas, la tierra y las estructuras sólidas, y que las señales electromagnéticas utilizadas por Montagnier son emisiones de muy baja frecuencia.

Acabada la referencia a este artículo de **Francisco San Martín**, que creo se entiende perfectamente, quiero hacer referencia a una frase que para mi es de las más terroríficas que he escuchado jamás. Se la repito y les ruego que piensen en lo que esta pasando cuando la relean: "Una vez digitalizada la señal del virus se convertiría de nuevo en una señal electromagnética transmisible y, por ejemplo, se podría integrar de forma similar a los infrasonidos en las señales de telecomunicación habituales al pasar por las estaciones base o bien emitirse como única señal imperceptible en momentos y lugares determinados." Sus consecuencias son incalculables.

Sabido es que las hipótesis y teorías son como trajes que hacemos a la realidad; como hace el sastre, debe probarse sobre el cliente para ver si se ajusta a su cuerpo. Es por esto que ahora empiezan las preguntas y las respuestas para ver si cumple dando respuesta a las incógnitas sobre la Covid-19.

- ¿Es posible que la huella electromagnética del SARS-CoV-2 o de parrte de su genoma haya sido transmitida electromagnéticamente?: Sí
- ¿Es compatible con que en los cadáveres de pacientes de Covid-19 no se encuentre el citado virus?: Sí.
- ¿Cómo se puede transmitir?: Evidentemente digitalizando su huella y transmitirla a través de las redes de comunicaciones, vía satélite y mediante las torres de antenas 5G.
- ¿Cual sería el mecanismo de transmisión para que afecte selectivamente a determinadas áreas geográficas y cumpla con el "efecto frontera"?: Lógicamente utilizando los satélites de la 5G geoestacionarios y las antenas base donde se transmite la señal a las demás antenas.
- ¿Pueden las torres de antenas 5G transmitir dos o más señales de diferente frecuencia?: Técnicamente no hay ningún problema. Vean lo que se encontró un operario se atrevió a abrir una caja de circuitos de una antena 5G; Ver foto en gráfico 2.4-B y video (2).
- ¿Cómo se explica el interés global en que se efectúe un uso y abuso de las PCR?: Por el hecho de confundir y hacer creer en la existencia física del virus en el cuerpo humano y así ocultar el "arma del crimen".
- ¿Sería posible que esta huella electromagnética del virus pueda ser captada por un kit PCR?: En los experimentos de Luc Montagnier la huella fue leída mediante técnica PCR.
- ¿Es compatible con que en los análisis de seroprevalencia la mayoría de "casos" de "contagios" sean de origen desconocido o no hayan tenido contacto con ninguna persona "contagiada"?: Sí
- ¿Es condición suficiente que en una persona detecten con pruebas de diagnóstico PCR un virus en sus tejidos para demostrar que ha sido contagiada por un virus?: No, puede ser un virus endógeno, como los coronavirus, que se ha activado por causas externas.
- ¿Cumple con lo que ya se ha demostrado de la relación entre casos de Covid-19 y la ubicación de las antenas 5G?: Sí
- ¿Cumple con el caso de Suiza, que al desconectar la 5G baja la incidencia de Covid-19?: Si
- ¿Explica las predicciones de los "expertos" de que se pueden repetir nuevas oleadas de Covid-19 o de otras pandemias?: Sí

El discurso de que el “virus” va pasando por el aire de una persona a otra ya no nos sirve ni explica lo que ocurre. Titulares como el del Gráfico 2.5-A en que no saben el origen del contagio son ilustrativos.

Queda por plantear algunas cuestiones que merecen una información previa adicional. Éstas serían:
¿Porqué este “virus” afecta a unas personas y a otras no?
¿Es posible que solamente se haya transmitido una parte de su HEM?
¿Cual es el mecanismo celular que desencadena la HEM?
En este asunto tampoco pues esperemos una respuesta “lógica”, tradicional y mecanicista.

B.- De Hamelín a Erich Rasche
Rupert Sheldrake entre otras muchas interesantes cuestiones trata el tema de la resonancia mórfica. Seré breve, lo justo para situar el tema. Cada ser, animado o no, tiene más facilidad de comunicarse con seres semejantes, así dos teléfonos móviles o un teléfono y un televisor pueden hacerlo con más facilidad que un teléfono y una cafetera. Dos personas gemelas monovitelinas con un mismo ADN, lo harán con más facilidad que entre otras dos personas. Por otra parte, también ha demostrado que esta comunicación se produce a nivel colectivo, y no mediante ningún mecanismo físico conocido. Otro de los temas interesantes es el de donde se almacena la memoria y como una determinada idea puede viajar por esta especie de “campo” y ser “leído” por otros seres de la misma naturaleza. Así constata por ejemplo, que determinados simios aprendieron una determinada habilidad en una isla del Pacífico y que este avance fue incorporado por otros congéneres de islas alejadas sin ningún contacto físico entre ellos; o como determinados hallazgos científicos se dan casi simultáneamente en diferentes laboratorios sin contacto entre ellos, etc. Establecido este mecanismo de comunicación entre seres de una misma especie, cabe preguntase porque esta información es “leída” por unos individuos y no por otros. Hay dos explicaciones. Una depende del grado de sintonía o similitud y otra depende del número de individuos de una misma especie que aceptan y comparten esta nueva idea. Así cuando una idea llega a superar un % crítico dentro de una población ya es aceptada por el resto con mucha más facilidad. Ésto lo hemos visto históricamente en muchas ocasiones. Ahora los niños y la gente en general ya no se asustan ni se tiran de los pelos cuando les cuentan que la Tierra es esférica o que el hombre y los primates tenemos ancestros comunes. Antes había una profesión que era la mecanografía, ahora parece que la gente nace sabiendo escribir a máquina. En cuanto al grado de sintonía es una variable más personal, depende de si nuestro “receptor” ha sintonizado la frecuencia adecuada para escuchar una determinada emisora, como ocurre por ejemplo al poner la radio. Una vez sintonizada la emisora, cosa necesaria pero no suficiente, puede que el mensaje que está transmitiendo no vaya contigo. Si eres un hombre y anuncian una pomada vaginal, el mensaje te entrará por un oreja y saldrá por la otra. Los músicos o los que les gusta el teatro, saben que hay un momento mágico en que se produce la “conexión”, la sintonía, entre actor y espectador; ambos lo notan pero no lo puede medir mecánicamente.

Ustedes saben que hay un experimento muy sencillo que consiste en colocar dos diapasones de la misma frecuencia, alineados, y luego al hacer sonar uno el sonido se transmitirá al otro diapasón y lo hará resonar sin entrar en contacto. A ésto se le llama resonancia.

Me viene también a la memoria los experimentos de **Masaru Emoto** sobre la obtención de diferentes formas cristalinas en el agua dependiendo de la emoción, la música... que se le transmita. Extraigo sólo unas frases de uno de sus artículos (1). "Desde mi encuentro con el doctor Lorenzen, me sentí atraído por el estudio del agua y quise saber más acerca de sus propiedades. Me preguntaba si habría algún aparato que pudiera medir y ver el agua. Fue en ese momento cuando, a través del doctor Lorenzen, encontré una máquina que podía medir el HADO llamada MRA, Analizador de Resonancia Magnética (Magnetic Resonance Analyzer)... De esta manera, finalmente convergieron el almacenamiento de información con la tecnología del movimiento de ondas sobre la cual yo había estado investigando... La medición comienza cuando el MRA genera un leve campo magnético, el cual se transmite al objeto y a las sustancias que se quieren medir. En ese momento, se comprueba si hay o no resonancia. Al amplificar la salida del instrumento de medición, la información HADO puede ser transcrita. Nos quedó claro que cuando transcribimos la misma información al mismo tipo de agua, obtenemos imágenes con las mismas tendencias." Me recuerda los experimentos de Luc Montagnier al leer, digitalizar, y transmitir la HEM de una molécula haciendo que el agua del frasco receptor incorpore dicha señal.

¿Cómo articulamos todo ésto con esta epidemia? Los avances tecnológicos siempre intentan imitar la naturaleza, pero para ir más lejos, más rápido. Con lo que hemos explicado sobre la transmisión de la huella electromagnética de un virus, necesitamos que el receptor sintonice con esta información. Es por ésto que no basta con lanzar la señal, es necesario que el receptor "la lea", que sintonice, que regule su dial para resonar de manera adecuada. ¿Y cómo se hace ésto? La respuesta ya esta escrita con el ejemplo de la crema vaginal o de cualquier otra información. Para ello es menester varias cosas. **1.** Crear un problema, una agresión externa. **2.** Se masifica, se unifica a las masas con el pensamiento único a través de los medios de comunicación **3.** El miedo hace que se pierda la capacidad de raciocinio. **4.** Se censura y retira de la circulación cualquier otra idea de pueda interferir en el pensamiento único. De esta manera ya tenemos al receptor conectado, sintonizado, y dispuesto a vibrar en armonía con el mensaje. **5.** Se ofrece una única solución **6.** La población resuena con el mensaje, acepta y pide la solución que le han ofrecido.

Además, el miedo tiene un doble efecto necesario: hace vibrar al cuerpo humano de manera diferente; así en un encefalograma se pueden detectar diferentes REM cuando el paciente expresa miedo o cuando expresa otra emoción. Fisiológicamente, además, el miedo provoca una bajada de la respuesta inmune. Los experimentos relatados por **Gregg Braden** son muy ilustrativos (3). **Vladimir Poponin** demostró en la década de los 90 que el ADN tiene un efecto directo con el universo que le rodea, intercambiando información. Es como si lleváramos en nuestro interior un "wi-fi" que se comunica con los demás y con el resto del universo.

Cuando el estado anímico del donante de ADN cambiaba, (alegría, tristeza, miedo, ira o rabia) la estructura espacial del ADN también cambiaba. Modernas investigaciones confirman que el material genético actúa como un emisor-receptor de información. Ésto es compatible con que nuestro cuerpo sea más sensible a una información externa en función de su estado anímico. Si combinamos todo ésto tenemos el fundamento para explicar que una determinada información pueda ser "leída" por nuestro organismo. Así se explicaría porqué la posible información, total o parcial, del virus codificada electromagnéticamente pueda ser "leída" por unos y no por otros.

Hasta aquí hemos respondido a la primera pregunta que formulamos al final del capítulo anterior, ¿porqué este virus afecta a unas personas y a otras no?

Como pregunta subsidiaria, nos queda por responder como nos podemos proteger de tamaña agresión. En un principio la respuesta es sencilla: **1**. Tomando en consideración esta hipótesis, verificarla por científicos independientes y, de tener indicios de verosimilitud, STOP 5G y REM con HEM, hasta que no se demuestre su inocuidad. **2.** Control por un organismo público mundial de todo experimento con REM y manipulación de organismos. **3**. No entrando en el juego de manipulación mental y mediática, ni cediendo a las emociones negativas que de ello se derivan. **4.** Por otra parte, el saber la causa u origen electromecánico del problema nos aproxima a otra solución. **5.** Se trata de aprovechar los citados experimentos de **Hulda Clark**, quien aseveraba que todo microorganismo invasor patógeno puede ser destruido exponiéndolo a campos de la misma frecuencia en la que vibra. También los trabajos del doctor **Franz Morell** y el ingeniero alemán **Erich Rasche** quienes desarrollaron un dispositivo capaz de captar las ondas negativas de los microorganismos patógenos de nuestro cuerpo y luego emitir ondas electromagnéticas de la misma longitud, alineadas espacialmente, igual de intensas y emitidas al mismo tiempo pero invertidas que permiten inactivarlos o destruirlos. **6.** En el mismo sentido pero tadavía va mas lejos **Peter Garaiev** combinando la genética bioquímica clasica con lo que llama el campo de la genética de las ondas linguísticas, habiendo obtenido resultados postivos contra gérmenes infecciosos; y como Rasche también ha desarrollado unas ondas sónicas anti determinados virus (4).

Hemos empezado este capítulo hablando de Hamelin donde utilizando el sonido modulado de una flauta, éste fue "leído" solamente por las ratas, que siguiendo al flautista acabando ahogadas en el río. Y lo hemos terminado hablando de Rasche, que con el dispositivo que desarrolló hubiera podido anular las ondas emitidas por el flautista y salvar a las ratas. Queda por reflexionar, como en los cuentos, cual es la moraleja y que papel desempeña la flauta, el flautista, las ratas y los otros animales. Que ésto es fantasía o un cuento de los Hermanos Grimm, no cabe duda; pero que la realidad que vivimos no tiene nada que ver con la racionalidad y la cordura; es pura fantasía.

Nos quedan todavía dos interesantes preguntas por formular y responder.

(1) https://gestionsosteniblede lagua.files.wordpress.com/2012/07/mensajes_de_agua.pdf
(2) https://loveotv.com/watch/empleado-t%C3%A9cnico-muestra-las-placas-madre-emisoras-de-frecuencias-covid-19_x7dVU57fT3mVPzd.html
(3) https://www.youtube.com/watch?v=zqiVDXChgGw&t=22s
(4) https://wavegenetics.org/es/chto-delat-s-koronavirusom/

C.- De la ADE a la HEM
¿Es posible que solamente se haya transmitido una parte de la HEM?
¿Cual es el mecanismo celular que desencadena la HEM?
Vamos a analizarlas conjuntamente. Empecemos por recordar y ampliar en que consiste el ADE (Mejora Dependiente de Anticuerpos).

La ADE se produce cuando nuestros anticuerpos ya estimulados por una estimulación previa como puede ser una vacuna, entran en contacto con un patógeno similar, es decir, un coronavirus o un antígeno similar al introducido en la vacuna. Se trata de una reacción de respuesta exagerada a antígenos a que nuestro organismo ya había sido expuesto. Se sabe que las últimas vacunas de la gripe contenían antígenos del SARS y el H1 N1, que es un antígeno sintético de ingeniería bioquímica que no se sabe muy bien que efectos produce y se ha publicado que la vacuna de la gripe produce neumonía intersticial. La ADE sucede sólo en respuesta a algunos virus como los de la familia de los coronavirus. En la obtención de las vacunas antigripales se utilizan cultivos en células de riñón de perro, por lo que tiene restos de coronavirus endogenos de perro que han provocado respuesta contra dicho coronavirus; y al ser virus similares al SARS han provocado respuesta inmune muy fuerte con tormenta de citoquinas e inflamación generalizada, lo que puede causar la muerte en muy poco tiempo. Este mismo síndrome, actualmente se califica como la Covid-19. De hecho, este problema de ADE es una razón importante por la cual fallaron muchos ensayos de vacunas previas para otros coronavirus, en las que se observaron importantes problemas de seguridad en modelos animales. Si la ADE ocurre en un individuo, su respuesta al virus puede ser peor que su respuesta si nunca antes hubieran desarrollado un anticuerpo. Ésto puede causar una respuesta hiperinflamatoria, una tormenta de citoquinas y una desregulación general del sistema inmunitario que permite que el virus cause más daño a nuestros pulmones y otros órganos de nuestro cuerpo. Hay muchos estudios que demuestran que la ADE es un problema persistente con los coronavirus en general, y en particular, con los virus relacionados con el SARS. (1)
Como vemos, esta respuesta a un nuevo virus/antígeno (ADE) provoca un síndrome similar al Covid-19. Repito, es la repuesta al nuevo virus /antígeno, no la acción aislada del nuevo virus lo que produce la ADE y los síntomas del la Covid-19. Por lo que ahora estamos en condiciones de plantear la respuesta a las dos últimas preguntas.

Para que una HEM pueda desencadenar una ADE, y por tanto sintomatología Covid-19, no tiene porque ser la HEM de la totalidad del SARS-CoV-2, sino simplemente una HEM similar a los antígenos que nos han introducido previamente con la vacunación, ya sea el virus

del SARS o los antígenos H1 N1. Vean un ejemplo: Los antígenos H1 y N1 son sintéticos, fabricados en laboratorio, con una composición química conocida y de los que fácilmente se podría extraer su HEM. Luego se difunde por las vías de telecomunicaciones, llega a los tejidos de las personas vacunadas, las células lo "leen", se produce una ADE, y aparecen los síntomas de la Covid-19.
No se si acertadamente, pero quedan respondidas las preguntas formuladas.
Es posible pues, que la estrategia consista en seleccionar el "detonante" adecuado para cada tipo de "carga" suministrada con la vacuna. Sólo pensar en esta posibilidad, hace que se enciendan todos los sensores de alarma.

(1) https://cienciaysaludnatural.com/peligros-de-la-mejora-dependiente-de-anticuerpos-de-la-vacuna-contra-coronavirus/

2.5.4 Acción sinérgica de las REM

Después de todo lo que hemos expuesto hasta aquí sobre la acción de las REM, llegamos a la conclusión de que su acción, en esta epidemia, lo ha sido por 7 vías. Cito cada una de ellas y la manera como puede afectar en mayor o menor grado a cada ciudadano.

1. Acción por irradiación. Producida cuando debido a una alta radiación procedente de las antenas de las torres de 5G la tasa de absorción específica (SAR) supera en mucho los límites tolerables por determinados tejidos del cuerpo humano. Influye la potencia de emisión, la distancia al foco emisor y el tiempo de exposición. Los efectos patológicos propios de una irradiación lo pueden presentar individuos con proximidad a las antenas 5G y con prolongado tiempo de exposición; pudiendo ser este afecto acumulativo.
2. Acción por fuentes domésticas cercanas. Como pueden ser los teléfonos móviles y otros dispositivos inalámbricos como alarmas o aparatos de wi-fi. Este efecto también es acumulativo y afecta a la inmensa mayoría de la ciudadanía y se incrementará al ir incorporando el uso de la tecnología 5G.
3. Acción por fuentes industriales. Como pueden ser los radares, emisiones de los satélites, o de otros sistemas de comunicaciones como por ejemplo los que se quieren usar para la conducción autónoma.
4. Acción como "detonante" de las vacunas. Aunque no se sabe exactamente el mecanismo de acción. Está sobradamente documentado que cuando el cuerpo humano es irradiado, pierde su homeostasia y disminuye su capacidad de defensa inmunológica; con lo cual es más propenso a contraer cualquier enfermedad infecciosa. Epidemiológicamente coincide que los países con mayor tasa de vacunación y de implantación 5G presentas más incidencia de Covid-19. Esta acción se manifestaría preferentemente en las personas vacunadas, con inmunodeficiencia y que vivan en zonas con elevada contaminación electromagnética..
5. Acción por transmisión de la HEM de un agente infeccioso infeccioso/antígeno o de determinadas biomoléculas. Hemos visto que la Huella electromagnética (HEM) se puede enviar a distancia y ser "leído" en el lugar de destino. Esto abre la posibilidad de que la tecnología 5G y sus antenas colaboren en esta función.

6. Acción de emisión de REM de muy baja frecuencia. Se trata de vibraciones subsónicas que afectan a la emociones básicas humanas como miedo, temor, angustia... que predisponen a nuestro organismo a contraer diferentes enfermedades. Éstas serían difundidas a través de antenas de comunicaciones convencionales, de telefonía o de cualquier otro medio de comunicación audiovisual.
7. Por alteración de nuestro campo electrománetico natural al ser interferido por los los campos electromagnéticos de las radiaciones propias de telefonía inalámbrica y de las redes eléctricas domésticas.

No podemos comprender nada de lo anteriormente expuesto mientras consideremos al cuerpo humano solamente como un conjunto de órganos y tejidos regulados por un metabolismo interno. Somos seres vivos con un campo electromagnético propio, y que éste puede ser alterado por esta especie de "puré" electromagnético en que vivimos y cuyas consecuencias pueden ser decisivas para perder el difícil equilibrio entre la vida y la muerte en este filo de la navaja en que vivimos.

Termino diciendo que para esclarecer un homicidio, es muy importante localizar el arma para poder descubrir al culpable y, saber si se trata de un homicidio o de un crimen; de ahí el interés del posible homicida en esconderla.

– – –

Si a las pruebas aportadas en este estudio que relacionan las REM con los casos de Covid-19, le sumamos el caso de Suiza que demuestra que al eliminar la 5G la incidencia del Covid-19 baja drásticamente; y si le añadimos lo que pasa al incrementar la potencia de emisión como demuestra el citado estudio de Mordachev, no me queda ninguna duda que las REM de banda alta como las de la 5G no solamente pueden ocasionar por sí solas efectos similares a los del Covid-19 sino que además, en la banda baja de frecuencia, pueden transmitir una HEM (huella electromagnética) específica que desencadena otros mecanismos biológicos que actúan en el mismo sentido.

2.6 Volvamos a las PCR

2.6.1 La PCR y el agua

Ya a punto de cerrar esta Parte II y una vez a punto de llegar a las conclusiones no parece lógico volver a hablar de las PCR. Pero tras observar y meditar sobre los experimentos de Luc Montagnier en que la HEM se transmitía a distancia y el agua del frasco receptor daba PCR +, creo que es necesario una actualización del tema. Antes de calcular la probabilidad de un fenómeno, primero hay de confirmar la posibilidad. La pregunta que se plantea es si una vez admitida la posibilidad de que la HEM de un virus, o parte de él, pueda ser transmitida a distancia, ésta pueda ser incorporada por las células humanas y ser "leída" por una PCR. De ser cierta esta posibilidad, ya que el cuerpo humano contiene entre un 65-70% de agua, tal como ocurre en los experimentos citados, una PCR podría dar una lectura positiva al detectar esta HEM en el agua citoplasmática. Continuemos.

Me llama la atención lo que a partir del mes de junio 2020 está ocurriendo con el aumento de PCR+. La tesis de que ésto se debe a una segunda "oleada" de la epidemia por el simple hecho de que hay más PCR+, es fácilmente rebatible. Los valores absolutos no indican nada, en todo caso lo que hay que evaluar es si hay aumento de la relación PCR+/1000 tests efectuados, los ciclos que utilizan, etc. Además se comete el error intencionado de no tener en cuenta la especificidad de la prueba que es el cálculo de los verdaderos negativos; y que se obtiene dividiendo VN/ VN+FT = Verdaderos negativos/ Verdaderos negativos+ Falsos positivos. Ver gráfico 2.6-C. Creo que con un ejemplo quedará más claro. La especificidad de los test es mínimo del 1,4%; ésto significa que si en una ciudad se efectúan 100.000 test y resultan 1.400 PCR+, la prueba debe darse por negativa a toda la población evaluada. Ver explicación del Dr. Joseff Tabesi (1). De todas maneras, no creo que no se pueda entrar a hablar del tema por el hecho, comprobado, de que las PCR no son fiables. Lo que hay que vigilar es la evolución de falsos negativos.

Dejo aparte estos análisis epidemiológicos y los posibles comentarios políticos para retomar el hilo y abordar dos cuestiones.

Sabido es que el cuerpo humano contiene aproximadamente un 65-70% de agua; pero, afinando un poco vemos que los órganos y tejidos con más proporción aproximada de agua son: sangre: 90%; pulmones 85%; cerebro 80%; corazón, hígado y riñones 75%; en cambio los huesos contiene un 22% y el tejido graso un 10%. Suponiendo que la HEM sea "leída", es de suponer que ésta lo sería con mayor facilidad por los tejidos con una mayor proporción de agua; y recordemos lo de la "memoria del agua" de Masaru Emoto. Por ésto, es lícito el plantearse si los tejidos con mayor proporción de agua serían los más receptivos a esta lectura de la HEM. No puedo responder con seguridad ya que si se ha experimentado no se ha publicado; pero si podemos plantear la propuesta a la inversa. ¿Han sido más afectados en la sintomatología y patología los órganos y tejidos con una mayor proporción de agua? Ahora la cosa se pone interesante, porque la respuesta es: Sí. Consultemos, por si acaso, una revista para profesionales médicos en relación a la sintomatología (2):
- Infección en los pulmones, con posible falta de oxígeno y aparición de neumonía.
- Problemas en los riñones, incluido el fallo renal agudo.
- Cardiopatías en el corazón: arritmias, trombos, infartos…
- Fallos en el hígado.
- Alteraciones en el sistema digestivo, con náuseas, diarrea, dolor abdominal…
- Aparición de coágulos sanguíneos.
- Problemas neurológicos, desde migrañas y convulsiones a meningitis e ictus.
- Respuesta inmunitaria descontrolada que puede ocasional un fallo multiorgánico.

Otro detalle que ya he comentado anteriormente es que al menos en España se están usando tests PCR regulados a 40-45 ciclos, ésto representa unas 1000 veces más la ampliación de la lectura del aparato; lo que provoca un aumento del número de PCR+. Recuerden que en los experimentos de Luc Montagnier en la lectura de su laboratorio usó la PCR a 35 ciclos, pero

cuando envió la HEM a distancia, la señal debió ser mas débil y se tuvo que ampliar la lectura hasta los 40 ciclos. En el caso de que sea cierta mi hipótesis de que la HEM de este "virus", o parte de él, o de los antígenos de las vacunas, haya sido codificada y transmitida a distancia por las redes de telecomunicaciones, tendrá que obedecer a las leyes físicas. Y entre éstas está que la SAR (Tasa de Absorción Específica) depende de la potencia, del tiempo de exposición y de la distancia del foco emisor. Cualquier incremento de alguna de estas 3 variables se traduce en un aumento de la Tasa de Absorción.

Y ahora viene la segunda cuestión: Como vemos en el gráfico 2.2-B en los meses de marzo a junio hay una proporción directa entre PCR+ y muertes "por" o "con" Covid-19, mientras que a partir de julio deja de existir esta correlación. Es evidente, a parte de otras consideraciones, que la enfermedad ha dejado de manifestarse con la misma virulencia. Ésto es compatible con la hipótesis de la "carga" y el detonante, lo que se interpreta como la inmunidad de la población. Pero, ¿puede haber alguna otra explicación complementaria? Volvamos a Luc Montagnier y a los experimentos con la HEM.

Parece que ya hemos exprimido en su totalidad los citados experimentos, pero creo que nos hemos dejado un detalle. Demuestran que se puede identificar una HEM de una bacteria o un virus y usarla cambiando la fase para eliminar la acción de dicho germen. También demuestran la transmisión de la HEM y la lectura PCR en el material transferido. Pero falta por demostrar un detalle importante, que el receptor de dicha información, en el caso de Montagnier, un recipiente con agua, es capaz de reproducir la infección o la enfermedad en un individuo sano.

Mediante transferencia, a través de las antenas o satélites de telefonía móvil, la señal de la HEM llegaría a los territorios seleccionados, allí sería "leída" preferentemente por los tejidos con más proporción de agua por parte de la población. En una primera fase, en los meses de marzo-junio, esta señal junto con otras REM podrían haber actuado como detonante o activador de la "carga" de determinadas vacunas provocando un fuerte aumento de casos, compatible con la primera mitad de la curva de Gauss. Mientras esto ocurre, la "carga" se va consumiendo, lo que coincidiría con la segunda parte de la curva; su descenso. La supuesta tercera fase, o no existe o es muy débil, debido a que lo único que queda es la HEM, que ya no tiene "carga" que activar en una población que está más inmunizada. Entonces las PCR "leen" la HEM, pero sin aumento significativo de casos graves ni muertes. Todo ésto, hasta que no se vuelva a "cargar" a la población con nuevas vacunas o que ésta sea sometida a fuertes dosis de REM. Esta hipótesis también sería compatible con los estudios de seroprevalencia en que se constata que la mayoría de "casos" se dan en personas sin ningún contacto con otras personas afectadas; y por tanto compatible con que el efecto de las HEM no se contagia de unos a otros.

(1) https://www.youtube.com/watch?v=wMTDHP-_Cpc
(2) https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-sintomas-infecta-varios-organos-5826

2.6.2 La PCR y el ADN

Analizando la "pandemia" en perspectiva, hemos visto que a partir del mes de junio 2020 se han disparado el número de pruebas PCR. En un principio lo atribuí únicamente a un intento de alterar las estadísticas dando PCR+ como casos o contagios. Si se trataba solamente de modificar las estadísticas, no hacen falta tantos PCR, ya que con una muestra significativa es suficiente para extrapolar los datos a toda la población. Pero por el rumbo que están tomando las cosa parece que se tiende a hacer cuantos más PCR mejor. Pero los datos que han ido apareciendo hacen sospechar que hay algo más. Si partimos de que los que dirigen esta "operación" a nivel internacional, saben perfectamente que una PCR no sirve para diagnosticar un virus ni una enfermedad, cabe volverse a preguntar: ¿porqué se hacen tantos tests PCR? Aporto dos datos que pueden dar respuesta a la pregunta.

- Con fecha de 2017 y 2018 existen registros de exportación del Banco Mundial de instrumental y aparatos de pruebas de diagnóstico de Covid-19 a diferentes países: Suiza, Alemania, Unión Europea, Estados Unidos, Irlanda, Holanda, Japón, Singapur, China, Hong Kong y Francia. Existe además de esta relación, los códigos de los productos para "Covid-19 Diagnostic Test Instruments and apparatus" que son: código 300215 para el 2017 y código 902780 para el 2018. Lo explica la periodista Magdalena del Amo en el siguiente enlace (1).
- Otra de las cosas raras de esta "pandemia" que me ha llamado la atención es la toma de muestras para las PCR. Pensaba que, como anunciaban, si el "virus" se transmitía por el aire debería alojarse en las vías respiratorias; y por lo tanto no veía porqué introducir un hisopo a tanta profundidad para la toma de muestras. Nadie me ofreció ninguna respuesta y la cuestión quedó en la recámara; hasta que últimamente ha habido novedades.

Las informaciones que están apareciendo señalan que se trata de algo planificado. A través de esta extracción de muestras también se extrae ADN de la persona analizada que pueden ir a parar a un banco genómico para elaborar un mapa mundial del genoma humano. La mano de Microsoft esta ligada a esta operación. En este vídeo se da esta información y las fuentes consultadas (2). La posibilidad de que ésto pueda ser cierto, no depende de la cantidad de nuestra de ADN extraída, basta con una micromuestra, ya que con dos ejemplos se lo demuestro.

El juez antimáfia Giovanni Falcone fue asesinado por orden de Salvatore Riina en mayo del 1992. La policía lo descubrió analizando el ADN encontrado en una colilla de un cigarrillo utilizado por el brazo ejecutor; de ésto hace 28 años. Investigando al Divino Dalí, tuve ocasión de entablar amistad con Robert Descharnes y su hijo Nicolás. Es sabido y publicado por ellos, que tienen en su poder el ADN del genio de Cadaqués; lo extrajeron con su consentimiento de una sonda nasogástrica que le mantenía con vida. Lo interesante del caso es que Nicolás me explicó que ésto le ha permitido identificar y autentificar diversas obras; ya que el simple contacto de sus dedos ha podido dejar un pequeño rastro. Incluso, me contó, que en una de ellas el propio pintor negaba su autenticidad, pero en ella había su "huella" de ADN; luego supo que pintor y comprador habían tenido una disputa por otros motivos. Digo y cuento ésto porque

a nadie le extrañe que con la introducción de un un hisopo en el interior de su cráneo(3) le puedan extraer, codificar, almacenar y utilizar su ADN para crear un banco genético mundial, infringiendo los más elementales derechos fundamentales.

(1) https://www.periodistadigital.com/politica/opinion/20200908/escandalo-banco-mundial-
(2) https://www.youtube.com/watch?v=BgBsIrD3xGg&t=43s
(3) https://www.youtube.com/watch?v=ssApeG-FBCU

– – –

2.7 Mordachev-Payeras-Morcillo

Ya a punto de cerrar esta última actualización, **Antonio Javier Morcillo y Martinez**, Ingeniero de telecomunicaciones de la Universidad Politécnica de Madrid, con quien he estado en contacto durante la realización de este estudio, me comunica lo siguiente.

- En base a los estudios que ya hemos comentado de Mordachev (apartado 2.3.1 y gráfico 2.9 A-B) y los que tu has publicado comparando la Tasa de de Mortalidad de los países con niveles de 0,1 W/m2 y 10 W/m2, he realizado unos cálculos matemáticos. Sabiendo que el nº de fotones que llega a la piel es proporcional al flujo de potencia recibida (Watt/m2), en este caso, la tasa de mortalidad alta (274,5) y la Tasa de Mortalidad baja (59,9), se relacionan por el logaritmo natural de la relación de energías, es decir del nº de fotones. ¡Los cálculos teóricos difieren tan solo en un 0,49% de los que has calculado estadísticamente¡ Es por esto que podemos concluir que hemos encontrado una expresión matemática que relaciona el proceso físico natural de propagación e incidencia de los fotones procedentes de una antena que inciden sobre la piel humana y la Tasa de Mortalidad. (Ver gráfico 2.10 A-B)

2.8 Conclusiones de la Parte II. Teoría Ambiental.

2.8.1 Hipótesis vírica y del SARS-CoV-2

"Se puede refutar una teoría con encontrar solo una observación que esté en desacuerdo con las predicciones de la misma". (Stephen Hawking en *Una breve historia del tiempo)*

No podemos admitir como agente causante de la Covid-19 un virus natural ni tampoco el SARS-CoV-2, por los siguientes motivos refutamos la Hipótesis vírica (HV):

1.- La aparición de la epidemia ha sido de manera puntual y aislada en diferentes zonas sin conexión física entre ellas; similar a lo que ocurre en un incendio provocado.

2.- La aparición de cuadros clínicos que en 2-3 días pasan de una situación de sintomatología leve a grave y fallecer, no es compatible con un virus que se ha ido desarrollando e infectando todo el organismo progresivamente.

3.- La infección vírica no es compatible con cuadros graves en invierno y leves en verano (hemisferio norte).

4.- La HV no es compatible con una infección vírica, el que en algunas residencias de ancianos se den varias muertes en el mismo día o en un corto período de tiempo.

5.- Tampoco lo es el hecho de que desde junio de 2020, la inmensa mayoría de lo que llaman

“contagios” se den en personas que llevan mascarilla. Ya que la hipótesis oficial sostiene que las mascarilla evitan el contagio.
6.- Es significativo que en los estudios de seroprevalencia se observa que la mayoría de “contagios” se producen en personas sin ningún contacto conocido con personas afectadas; como debería ser según la hipótesis oficial de un virus que se difunde por el aire.
7.- En el reciente estudio realizado en Wuhan sobre 10 millones de habitantes, en ninguno de los cultivo del virus en muestras de casos positivos asintomáticos y no se encontró ningún virus SARS-CoV-2 viable. Todos los contactos cercanos de los casos positivos asintomáticos dieron negativo. (1)
8.- La afección inicial en los tejidos humanos es de origen interno y no externo; incompatible con un virus que se difunde por el aire.
9.- El SARS-CoV-2 es un virus quimera que en cultivos celulares no se expresa en células del epitelio alveolar humano, lo que explica que el receptor ACE2 (entrada del virus) no se expresa en el pulmón y por lo tanto la Covid no puede transmitirse por vía aérea (2).
10.- Como se demuestra en este estudio, el supuesto virus causante de la pandemia no es compatible con el “efecto frontera”, que consiste en que a ambos lados de la frontera entre regiones con o sin 5G, la incidencia de la Covid-19 es muy diferente.
11.- La HV no es compatible con lo constatado en este estudio que en las zonas con más densidad de redes/habitante hay más casos de Covid-19.
12.- La HV no es compatible con que en África, donde el supuesto virus existe desde el mes de marzo no se haya difundido masivamente a toda la población como en otros continentes.
13.- La HV no es compatible con la escasa incidencia de la Covid-19 en otras provincias chinas aparte de Wuhan y en sus países limítrofes.
14.- La HV no es compatible con la 3ª fase de la distribución geográfica de esta pandemia (gráfico A1-C) y la no afectación del clima.
15.- La HV no es compatible con que en China desde principios de septiembre no hay ningún “contagio” y sí el resto del mundo.
16.- La HV no es compatible con que los tratamientos con antivirales, como el Remdesivir, han resultado inefectivos.
17.- Procedente de los cadáveres opacientes, no se ha aislado, cultivado, purificado adecuadamente con protocolos de centrifugación diferencial con técnicas específicas, secuenciado, publicada su secuencia completa de unos 30.000 nucleótidos, ni comprobado el cumplimiento de los postulados de Koch ni de Rivers para demostrar que es el único agente causante de la pandemia y único agente contaminante.
18.- El propio equipo chino de Wuhan que en febrero aseguró haber aislado y secuenciado el SARS-CoV-2 a partir de un paciente, reconoce el un artículo del mes de marzo titulado *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumoniae in China* 2019 (3), que no lo aisló, ni lo purificó ni ensayó los postulados de Koch.
19.- En junio 2020 se publicó un estudio firmado por 30 científicos la mayoría de los cuales del CDC de EE.UU y miembros de prestigiosas instituciones; fue financiado por el National Istitute on Aging y los National Institutes of Allergy and Infectious Diseases que dirigen desde

1984 -junto con la Universidad de Texas- el mismísimo Anthony Fauci. Se trata pues de un estudio realizado por científicos no precisamente "negacionistas". En él se desmienten las dos principales afirmaciones sobre la Covid-19: Que se ha descubierto un nuevo coronavirus y que es el causante de la pandemia declarada por la OMS el pasado 11 de marzo. (4)

20.- Ciudadanos y científicos de diversos países se han dirigido a sus respectivos gobiernos para solicitar que busquen en sus registros pruebas de la existencia y aislamiento del virus SARS-CoV-2. Así lo han hecho en EE.UU, Australia, Reino Unido, Dinamarca, Nueva Zelanda, Gales, Escocia, Canadá (5) e Irlanda (6). Todas las instituciones han indicado lo mismo: que buscaron en sus registros y no encontraron ninguno que describiera el aislamiento de algún "virus COVID-19" directamente de una muestra de paciente que no fuera adulterada primero con otras fuentes de material genético.

21.- La HV no es compatible con los estudios de Dolores Cahill que al analizar 1500 muestras que originalmente fueron registradas como SARS-CoV-2 y que posteriormente al ser secuenciadas se demostró que en realidad fueron de influenza A y B (7).

22.- La HV no da respuestas a las siguientes preguntas: Si como dicen, la "vacuna" es una vacuna y el "virus" es un virus, ¿porqué hay que seguir llevando mascarilla los vacunados de cualquiera de las vacunas que se aplican? ¿porqué los vacunados pueden seguir contagiando? y, ¿porqué pueden ser contagiados?

(1) https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w
(2) https://www.proteinatlas.org/ENSG00000130234-ACE2/tissue?fbclid=IwAR1qWDYlNU9BUTcJTy-1rPNWFbcLfRevAgLFFFXi-lzBMxqQ1VqrZB-jOc2
(3) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017
(4) https://dx.doi.org/10.3201/eid2606.200516
(5) https://www.mentealternativa.com/varios-paises-admiten-no-tener-registros-del-coronavirus-aislado/
(6) https://rumble.com/vc5pt8-today-they-were-forced-to-admit-that-covid-19-does-not-exist.html?fbclid=IwAR2aBqni3jCu5HXhvWoJA7Ws9t99Dp3btx13X5V21GBjqzR8EG2_7rxdwIk
(7) https://www.corbettreport.com/freedom-airway-solutionswatch/

2.8.2 Teoría Ambiental o el "Incendio Abonado"

La Teoría Ambiental sobre la Covid-19 viene a substituir la actual teoría "biológica"de que un virus, ya sea natural o modificado procedente de Wuhan, ha sido el causante de la infección y la epidemia declarada en 2020. Establece que las causas son de origen externo; físico o ambiental que, de una forma artificial, controlada y planificada, han preparado el terreno y actuado para la proliferación de la Covid-19; dando respuesta a todas las incógnitas que han sido planteadas hasta el día de hoy.

Esta teoría fue anunciada y presentada junto con el Dr José Luis Sevillano el 3 de octubre en en la video conferencia internacional que tuvo lugar en Montreal.(1)

Los factores que influyen pueden hacerlo de manera individual como causa única o sinérgicamente como cofactores de la ecuación. Esos factores son: REM de alta, de baja y de muy baja frecuencia, el contenido de las vacunas y partículas metálicas.

El conjunto de estos factores no solo puede producir los efectos patológicos propios de los casos y muertes “por” la Covid-19, sino también producir o agravar patologías propias de casos y muertes “con” Covid-19.

Ninguno de estos factores tiene un origen natural y, todos ellos se han implementado en los últimos años, preparando o “abonando” el terreno para un posterior “incendio”, en este caso, la Covid-19; por lo que esta teoría coloquialmente se podría subtitular como la del “Incendio Abonado”.

(1) https://guyboulianne.com/2020/10/04/le-3-octobre-2020-eut-lieu-une-importante-conference-internationale-dans-le-cadre-de-la-crise-de-coronavirus-covid-19/

1. Origen de la causa

En relación al origen de la causa sólo hay dos opciones: A. De origen “biológico”, o sea, el famoso coronavirus. B. De origen físico o ambiental. Al descartar la causa “biológica”, sólo queda por contemplar la segunda opción.

2. Elementos o factores ambientales que intervienen

Entre los elementos ambientales que pueden influir señalamos: Radiaciones electromagnéticas de alta y de baja frecuencia; el Aluminio y los metales pesados como Mercurio y Cadmio; también incluimos las vacunas, ya que se trata de un elemento externo que últimamente ha evolucionado en su contenido; nos referimos a los antígenos y a los adyuvantes como el Polisorbato 80.

3. Las REM

Una vez demostrado que afectan al interior de organismo humano, en lo que hay que centrarse es en intentar explicar cómo lo hacen; no si lo hacen.
Vías de acceso. A mayor frecuencia menor penetrabilidad en el tejido, pero hay que tener en cuanta la amplificación de la señal y su difusión en el tejido orgánico. Además de la acción amplificadora y conductora que puedan efectuar los metales de nuestro organismo, cito los estudios de los canales de calcio de Martin L. Pall, y de las glándulas sudoríparas de Yuri Feldman y Ben-Ishai. Por otra parte, hay que señalar, que frecuentemente se ignora, que los campos electromágnéticos generados por las REM inducen una alteración de nuestro propio campo electromagnético natural, afectando a la transmisión sináptica y mecanismos funcionales internos dependiendo de la intensidad, tiempo de exposición, distancia y sensibilidad del receptor.
Los efectos. Pueden ser generalizados induciendo por ejemplo la producción de virus/exoso-

mas, o específicos, actuando sobre sistemas, órganos, glándulas, tejidos o moléculas concretas.
Su acción. Puede ser directa por irradiación como causa única o combinada con metales o con las vacunas. Pueden actuar como detonante que desencadene una ADE o una alteración bioquímica y metabólica, pudiendo llegar a producir muertes atribuidas tanto "por" Covid-19 como "con" Covid-19.

REM de alta frecuencia (> 1.800 MHz)
Los efectos sobre la salud de las REM correspondientes a la telefonía móvil anteriores a la 5G han sido ya estudiados y comprobado su efecto sobre la salud en animales, y en estudios epidemiológicos en humanos. Pero en el caso que nos ocupa, debemos ampliar su acción con la implementación de frecuencias propias de la tecnología 5G. Las lineas de absorción de muchas moléculas orgánicas propias y básicas de nuestro metabolismo tienen una unas bandas de absorción situadas dentro de la banda de frecuencia utilizadas en las tecnologías 2G, 3G, 4G y 5G. Esto implica que a pesar de no ser radiaciones ionizantes, de su teórica escasa penetrabilidad y de no elevar la temperatura del tejido, estas radiaciones pueden afectar a la estructura electrónica de los átomos, a su capacidad de combinación molecular y a favorecer la formación de moléculas isómeras con una consecuente alteración de su función metabólica. Así lo constatan **Francisco de Assis F. Tejo** (1) y el ingeniero de telecomunicaciones de la Universidad Politécnica de Madrid **Antonio Javier Morcillo**. Éste hace un cálculo de la incidencia las radiaciones no ionizantes sobre el ser humano. Tomando como ejemplo una antena emitiendo a 30 GHz con una potencia de 10W y que emita un espectro que incluya las líneas de absorción de una determinada molécula orgánica. El haz de fotones que se recibe por cm2 a 200m de distancia y que es capaz de provocar una transición de la molécula en el receptor, es de 95x10(elevado 9) fotones. Y si suponemos que solamente 1 de cada 1000 provoque esta transición serían 95 millones de fotones/cm2 los que podrían provocar transiciones moleculares (2).

En el citado estudio de Francisco de Assis señala que la sangre absorbe la radiación de 3 GHz, aminoácidos como la Glicina la de 3,2 GHz, el dipéptido alanil-glicina la de 770 y 960 MHz. En el mismo sentido, Antonio Javier Morcillo en base a datos publicados por el NIST señala que las bandas de absorción de muchas moléculas orgánicas están situadas en el intervalo de frecuencias que está asignada a la tecnología 5G (6).

El Dr. José Luis Sevillano ha estudiado y cartografiado los casos de Covid-19 sobre el terreno y los ha relacionado con la proximidad de las antenas de telefonía (3)(4). Ha comprobado *in situ* casos con patología Covid-19 cuya gravedad y frecuencia de casos estaba relacionada con la proximidad de las antenas de telefonía. Si repasamos los siguientes síntomas y patologías (5), si algún paciente presenta alguna o algunas de ellas debiera tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del cuadro la posibilidad de que estuviéramos ante un enfermo COVID 19. Pues bien, todos ellas pueden ser ocasionadas por el efecto de las radiaciones electromagnéticas.

Recientemente he realizado un estudio provisional en un pequeño pueblo de Mallorca donde se cartografían los valores de las REM y los casos de cáncer; el 76% de ellos se han dado en un radio de 200m alrededor la las antemas (7).

(1) Efectos Biológicos asociados a la Telefonía Celular: Impactos sobre la Salud y Recomendaciones. (traducido del portugués)
(2) https://www.youtube.com/watch?v=X62qrEXEMNo&t=2370s
(3) https://www.bitchute.com/video/cm1Dla2s9PgI/?fbclid=IwAR04IK3Prl3N3v_V7ezZ7T-GkDHFbeJTIki6Y24PW3kuhqnCsgiZTTtmPq0A ......
(4) https://youtu.be/brvhGE26hvA
(5) Disestesias (mareos - vértigos/ acúfenos/ alteración del gusto y / o del olfato). Astenia=cansancio. Insomnio. Cefaleas. Alter. del comportamiento (agitación). Alteraciones del ánimo (ansiedad y / o depresión). Alteraciones de la vigilancia (Confusión. Letargo). Palpitaciones y arritmias. Dolores torácicos inespecíficos. Prurito. Edema palpebral +/- facial. Flush. Rush. Urticaria y otras lesiones pruriginosas. Disnea súbita sin ningún otro síntoma ni signo acompañante. Rhinitis. Faringitis. Laringitis. Neumonía lobar. Neumonía bilateral. Náuseas +/- vómitos. Diarrea. Dolor abdominal. Venosos = Tromboembolismo pulmonar. Arteriales = Infartos cerebrales y de Miocardio. Pericarditis. Pleuritis. Meningitis. Peritonitis. Orquitis. Miocarditis. Miositis. Poliartritis. Vascularitis (Kawasaki). Meningoencefalitis. Neumonitis. Pancreátitis. Polineuritis. Dermatitis. Tiroiditis. Neoplasias. Abortos espontáneos.
(6) https://www.nist.gov/pml/data/micro/index.cfm
(7) https://www.bitchute.com/video/tLSRUTW9CFSX

4. REM de baja y muy baja frecuencia. HEM
Queda explicado en el capítulo 2.5.3 *La Huella electromagnética* HEM. Resumo: Cada molécula orgánica tiene su propia frecuencia de vibración. Luc Montagnier consiguió registrar la frecuencia de una molécula de ADN y transmitirla digitalmente a distancia (de París a Salermo, 1660 Km). Tras su recepción, fue aplicada de nuevo a un frasco con agua, dando positivo al test PCR por dicha substancia. Con ésto demostró que la HEM de un fragmento de ADN o ARN puede ser transmitida a distancia (1). Esta transmisión puede ser efectuada hoy en día fácilmente mediante dispositivos situados en las antenas de telefonía y cumplir así con el "efecto frontera".

El problema de la distancia a la antena sería un handicap pero no al WiFi. La permeabilidad del medio puede ser mejorada para la propagación de las REM mediante la pulverización en el ambiente de polvos metálicos o sales metálicas conformados a nivel nanométrico; cosa que ya se usa con las nanopartículas de aluminio en las fumigaciones aéreas.. La existencia de metales en nuestro organismo de diversa procedencia además de los que contienen las vacunas, puede amplificar la señal electromagnética recibida. Hoy en día no hay ningún problema técnico para el software de las estación base pueda programar el envío selectivo de otro haz de frecuencias,

además del habitual, cuyo espectro sea similar a las bandas de absorción de determinadas moléculas biológicas, provocando su alteración metabólica.

Otro tipo de radiaciones de muy baja frecuencia, incluso sónicas o infrasónicas se han usado para la manipulación mental como es el caso del Proyecto Pandora (2). La inducción de estados de miedo, depresión, ira, angustia... abonan el terreno para que nuestro organismo disminuya la eficacia de su sistema inmunitario.
(1) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20640822/
(2) https://www.unmundodemisterio.com/home/2017/12/22/el-proyecto-pandora

5. Aluminio y metales pesados

Aluminio

El aluminio puede favorecer la permeabilidad de substancias a través dela barrera hematoencefálica. Según el principal experto mundial en este tipo de toxicidad, el profesor **Christopher Exley,** lo ha relacionado claramente con las enfermedades autoinmunes y la enfermedad de Alzheimer. Otros efectos del aluminio en el cuerpo humano son: demencia, pérdida de memoria e incluso, daño y peligro de infección al sistema nervioso central. Nanopartículas de fibra de vidrio conteniendo aluminio han sido esparcidas a modo de fumigación aérea, provocando que la concentración en agua de lluvia después de estas fumigaciones aumentara miles de veces el límite permitido. Dr. Dietric Klinghard (1). Ver imágenes en gráfico 2.7.

Mercurio

La exposición excesiva al mercurio puede ser tóxico para los sistemas nervioso e inmunitario, el aparato digestivo, la piel, los pulmones, riñones, ojos, puede causar graves problemas de salud y es peligrosa para el desarrollo intrauterino y en las primeras etapas de vida.

Cadmio

El cadmio puede llegar a producir una patología similar a la de la Covid-19: tos, disnea, cianosis, vómitos, diarrea, náuseas, mialgias, neumonía, pérdida de olfato y gusto e hipercoagulabilidad (2).

(1) https://www.bitchute.com/video/I5h6uO5M9NzE/
(2) Dr. Jacint Corbella. Esquemes de Toxicología Industrial. Universitat de Barcelona

6. Efectos combinados

A.- Vacuna + metales. Se ha demostrado que las vacunas antigripales de los últimos años contienen aluminio (Al), cadmio (Cd), mercurio (Hg) y muchos otros metales.
B.- Metales + REM. La existencia de metales en nuestro organismo favorece los efectos de la REM. Es muy importante la relación entre las REM de muy baja frecuencia y la radiofrecuencia, con el cadmio. En 2002 Olga Garcia Arribas publicó un estudio científico en el que concluía que estas ondas potencian los efectos tóxicos del cadmio y del mercurio. (1)
C.- Vacuna + vacuna. La vacuna puede actuar como carga pero también como detonante de

otra vacuna. Prestigiosos científicos y médicos, como el Dr. Dietrick Klinghart, la viróloga **Judy Mikovits, las Dras. Chinda Brandolino y Mª José Martínez Albarracín** recuerdan que la vacuna del año 2019-20 contra la gripe incluía el virus del SARS y se reafirma en que las personas vacunadas son más propensas a presentar reacciones autoinmunes a otro antígeno similar. Recordemos que el SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Grave) es producido por un coronavirus similar al que se intenta detectar con las pruebas PCR.
(1) Olga Garcia Arribas. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad Complutense: Efectos biológicos de campos magnéticos de muy baja frecuencia y radiofrecuencia en presencia de metales pesados; cadmio y mercurio.

7. Las vacunas

La actuales vacunas no son como las de antes, que consistían fundamentalmente en un germen atenuado; ahora contienen muchas substancias químicas con numerosos efectos adversos; entre ellas el Polisorbato 80. El adyuvante Polisorbato 80 (TWEEN-80 o E-433) es un componente de la vacuna la antigripal Chiromas ® para mayores de 65 años, de la vacuna antineumicócica, de vacuna antipapiloma humano, en Insulinas y en productos Antiasmáticos obtenidos por biotecnología (y).Yojiro Toyoshima y otros autores japoneses publican un estudio donde constatan que el estado de vacunación con BCG (vacuna anti tuberculosis) se asoció significativamente con las tasas de mortalidad por SARS-CoV2, así como con el número de casos infectados (x).
(y) file:///Users/tomeu/Downloads/GastonSahunMartinez_Polisorbato_2.pdf
(x) https://www.nature.com/articles/s10038-020-0808-9
- En el estudio epidemiológico (cap. 4.4 del Anexo 2) con datos procedentes de Eurostat, constato que los países europeos con vacunación antigripal superiores a la media, presentan una Tasa de Mortalidad 6,4 veces superior a la de los países con tasa de vacunación inferior a la media. El Reino Unido, el país más vacunado, presenta una Tasa de Mortalidad 12 veces mayor que Estonia, una de los menos vacunados.

8. Efecto de la “carga” y el “detonante”

Distingo 2 tipos de cargas :
1ª. La carga artificial introducida en nuestro organismo, como son los elementos metálicos en forma de nanopartículas, otras substancias extrañas y con el contenido de vacunas.
2ª. Nuestras moléculas, nuestras glándulas y nuestra información genómica que codifican virus endógenos o exosomas, no deberían intervenir en esta pandemia como una carga. Pero al ser alteradas por un detonante específico como son por ejemplo REM de la misma frecuencia de algunas moléculas o que haga que entren en resonancia, puede alterarlas y hacer que actúen como carga.

Si poco tiempo después de la inoculación de una vacuna, o sea la “carga”, los efectos negativos fueran generalizados, saltarían todas las alarmas y resultaría evidente la relación causa-efecto. Sin embargo, si transcurrido un tiempo la persona es sometida a la acción de un antígeno similar al de la vacuna, el “detonante”, se puede producir una ADE (Mejora Dependiente

de Anticuerpos). La ADE se produce cuando nuestros anticuerpos ya estimulados por una estimulación previa como puede ser una vacuna entran en contacto con un patógeno similar (1). Es decir, se trata de una reacción de respuesta exagerada a antígenos similares a los que nuestro organismo ya había sido expuesto. Este mismo síndrome actualmente se califica como Covid-19.

La pregunta es: ¿Cuál es el detonante que puede producir esta reacción? Evidentemente debe ser de origen externo. Contemplamos tres posibilidades: Por "contagio", las REM y los metales.

a- Al haber descartado un virus exógeno como causa, también lo descartamos como acción detonante posterior. Sin embargo, si según los informes científicos parece que queda confirmada la presencia de la proteina de Espiga en las vacunas de ARn menajero, el sistema inmunitario de los vacunados puede verse abocado exclusivamente a cobatir y a especializarse en eliminar este antígeno, desatendiendo las demás funciones inmunitarias contra otros agentes o substancias antigénicas. Esto provocaría que el vacunado pueda enfermar por múltiples causas; con el consecuente peligro de "contagio". Poniendo "contagio" entre comillas, para evitar la interpretación clásica del concepto; me refiero a que de alguna manera el enfermo pueda pasar la información a otra persona.

b- A algunos metales los relacionan con una disminución de la respuesta inmunitaria y producción de cuadros clínicos similares a la COVID. Otros, como son los introducidos con las vacunas, ambos actuarían como carga pero no como detonante.

c- Nos queda la tercera opción:la acción de las REM.

Las REM de alta frecuencia podrían actuar como un detonante inespecífico. Si las células se sienten "agredidas" transmiten una señal de alarma a través de exosomas que pueden provocar una tormenta de citoquinas. Las citoquinas son los agentes responsables de la comunicación intercelular, inducen la activación de receptores específicos de membrana. Su acción fundamental consiste en la regulación del mecanismo de la inflamación. Las REM de 60GHz pueden alterar el átomo de oxígeno desencadenando una acción sobre la hemoglobina, desencadenando a una hipóxia.

Las REM de muy baja frecuencia podrían actuar como un "detonante" específico en función del antígeno previamente introducido en la vacuna y/o con elementos metálicos paramagnéticos o superparamagnéticos. Recordemos que tanto el SARS, como el antígeno artificial H1N1, son bioquímicamente conocidos y, por lo tanto, su HEM pude ser perfectamente utilizada. Otro dato a tener en cuenta es que como se vió en los experimentos de Montagnier, la HEM se registraba a partir del agua que contenía o había contenido fragmentos de ADN o ARN, y era transmitida a distancia a otros frascos con agua cuya PCR daba positivo. Y como sabemos, los tejidos más afectados por la Covid-19 son los que mayor proporción de tienen de agua.

- Una vez iniciado el proceso físico entre una carga y el detonante, al principio lo hace de una

manera explosiva, exponencial, pero a medida que la carga se va consumiendo (donde la mayoría de la población de riesgo ya ha sido afectada) el proceso pierde intensidad y sólo queda el detonante, que puede seguir produciendo ciertos efectos de menor intensidad. Para volver a repetir el proceso, se debe proceder a volver a "cargar" a la población con una nueva vacuna y, luego aplicarle el "detonante" adecuado. Quizá ahora podemos ver el perverso interés en la campaña de la vacuna antigripal para supuestamente "prevenir" una segunda oleada de la Covid-19. De momento, ya hemos visto los resultados de esta campaña en Sudamérica.

(1) https://www.youtube.com/watch?v=_hcHxgrSJjg

9. Efecto "termostato"

Últimamente se han efectuado mediciones por profesionales del sector y han comprobado que las antenas de 5G emiten a frecuencias y potencias superiores a las contratadas. El aumento de potencia de estas radiaciones pueden producir efectos patológicos que pueden diagnosticarse erróneamente como Covid-19. Se han dado numerosos casos de personas que en un corto período de tiempo han experimentado síntomas graves de Covid-19 debido su proximidad a alguna antena de telefonía; y que a su vez han desaparecido o mitigado al alejarse de las antenas..

A través del software la unidad central que controla las emisiones de las estaciones base, que ceden la señal a las antenas y posteriormente a los teléfonos móviles de tecnología 4G+ y 5G puede programar el envío selectivo de otro haz de frecuencia cuyo espectro sea similar a las bandas de absorción de determinadas moléculas biológicas. Ningún organismo independiente controla y sanciona si dichas emisiones cumplen con la normativa.

(Actualización 29 junio 2021): Los actuales datos apuntan a que después de la vacunación COVID se experimenta un repunte de las curvas de casos, de muertes y de ingresos hospitalarios. En los gráficos 2.12 y 2.13 vemos algunos ejemplos; la flecha roja señala la fecha de inicio de la vacunación. Esto encaja perfectamente en la teoría que acabamos de exponer sobre la carga y el detonante. Pero no exactamente con el efecto "termostato" ya que las curvas indican que parece obedecer a una reacción ocasionada por las vacunas y no por una acción controlada a distancia por un software. Esta acción "termostato", aplicable sobre las substancias que artificialmente están contaminando al cuerpo humano, técnicamente se puede realizar en cualquier momento y espacio mediante el software de las antenas. Pero, según mi opinión, esto no se producirá de una manera generalizada y controlada, hasta que haya un mayor % de gente vacunada; de ahí el gran interés e incentivos de todo tipo para que la población se "inmunice".

10. Un incendio abonado

1.- Si repasamos la cronología de la "pandemia", vemos que de Wuhan salta a Lombardia en Italia y a otros lugares sin una conexión directa; aunque los titulares de los periódicos se esforzaron en atribuirla a determinados viajes y contactos personales buscando identificar al paciente "cero". Y ya sabemos que cuando un incendio se inicia en múltiples focos, es señal

inequívocas de su intencionalidad. Pero es que además, éste ha sido "abonado", es decir, que antes se ha preparado el terreno para que arda y se propague mejor.

2.- Wuhan es de hecho la primera ciudad inteligente 5G. Aproximadamente 10.000 antenas 5G fueron instaladas y activadas a finales del 2019 y los primeros casos de infección se detectaron en los primeros días después de su puesta en servicio. A principios de diciembre del 2019 se vacunó obligatoriamente a toda la población, poco después, a principios del 2020, se declaró la epidemia.

3.- En Italia, en octubre-noviembre del 2019 se vacunó a la población, en febrero aparecieron los primeros casos.

4.- Es de señalar que la incidencia de Covid-19 se incrementa en el período posterior a la vacunación antigripal, pero no antes. Lo hemos visto claramente en Europa y después en América latina. Es en esta región donde las tasas de vacunación antigripal son más elevadas; en Brasil, Ecuador, Perú, México y, alcanzando el 95% en Chile. Coincide que es en estos 5 países donde más se han implementado las redes 5G de América latina, y a 27-10-20 figuraban entre los 10 primeros países del mundo en Tasa de mortalidad.

5.- Los laboratorios farmacéuticos, para "inmunizarse" contra posibles reclamaciones en relación a los efectos adversos de sus vacunas, han conseguido que en EE.UU se apruebe una ley que les exime de responsabilidades. Lo mismo está a punto de aprobarse en la Unión Europea.

6.- En los últimos años, se ha fumigado la atmósfera con aluminio con la excusa del control del clima.

7.- La masiva instalación de redes 5G coincide con el período previo a la aparición de la "pandemia" y durante el confinamiento.

8.- Los tests PCR ya estaban en el mercado justo en la aparición de la "pandemia".

9.- El 28 de marzo del 2019 la empresa farmacéutica Moderna presentó una patente de vacuna contra el SARS; o sea, 9 meses antes de iniciarse la Pandemia. Y lo argumentan de la siguiente manera: "El síndrome respiratorio agudo severo (SARS) surgió en China en 2002 y se propagó a otros países antes de ser controlado. Debido a la preocupación por el resurgimiento o una liberación deliberada del coronavirus del SARS, se inició el desarrollo de una vacuna". No solo demuestran una "sospechosa" capacidad de predicción, sino de precisión, ya que insinuaban incluso que el virus podría ser liberado de una manera deliberada. (1)

10.- A través del Banco Mundial, en 2017-2018 se hicieron ventas a muchos países de pruebas de diagnóstico para la Covid-19. (2)

11.- En el mes de febrero del 2020 España y otros países europeos ya tenían un plan para la vacuna transgénica; para que la Comisión Europea lo aprobara y además decretara que los estados pueden obligar a los ciudadanos a vacunarse.(3)

12.- Las repetidas declaraciones de altos funcionarios y de la élite mundial anunciando la pandemia, sus rebrotes, una segunda y tercera oleada..., demuestra que disponen de una información privilegiada.

13.- El Proyecto *Transgénesis Persistente* (Persisting transgenesis) se trata de un informe coordinado por La Universidad Vita-Salute San Rafaele de Italia. Realizado entre 2009 y 2013. y publicado por la Comisión Europea (4). "PERSIST explorará el uso de altamente

tecnologías innovadoras de modificación y administración de genes y capitalizar las descubrimientos en el control de la expresión génica para desarrollar soluciones radicales al problema de controlar con precisión el destino y la expresión de la información genética exógena en terapia génica con aplicaciones en estas y otras enfermedades mortales... para proponer Plan de financiación a gran escala para el desarrollo de plataformas de entrega de genes de última generación basadas en lentivirales, AAV y vectores adenovirales...” El proyecto fue financiado por: Italia, Reino Unido, Francia, Alemania, Holanda, España, Suecia y Bélgica. Según María José Martínez Albarracín (5): Más allá de las graves consecuencias y consideraciones descritas en el presente informe, tenemos conocimiento de que lo que actualmente está siendo denominado “vacuna”, en realidad consiste en el denominado PROYECTO “TRANSGÉNESIS PERSISTENTE” realizado por 28 instituciones de la Comisión Europea, con un presupuesto de 14.731.788 € durante el período 2.009-2.013, entre las que se encuentran: a) El propio laboratorio BioNTech, que junto a Pfizer, es quien te administra su “vacuna”. b) Charité. Universidad médica de Berlín, donde es profesor, Christian Drosten, el mismo virólogo que ha propuesto la inespecífica técnica del test PCR para la detección del supuesto nuevo coronavirus no aislado, según instituciones como el propio CDC (Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU) c) El HSE Irlandés (Servicio Ejecutivo de Salud Irlandés).
14.- El control sobre la OMS de las grandes corporaciones, ha derivado en una errónea y contraproducente política sanitaria, en esta “pandemia”, contribuyendo a “abonar” el “incendio”.

(1) https://terraindomita.blackblogs.org/2020/10/28/moderna-inc-tambien-patento-vacuna-9-meses-antes-de-que-apareciera-el-covid-19/
(2) https://www.periodistadigital.com/politica/opinion/20200908/escandalo-banco-mundial-exporto-aparatos-prueba-diagnostico-covid-19-anos-2017-2018-noticia-689404362199/
(3) https://www.bitchute.com/video/jzbBexvQ5vRc/
(4) https://gofile-3648396848.fr3.quickconnect.to/sharing/jy6Z9ZzF8
(5) Licenciada en Medicina y especializada en Cirugía por la Universidad de Murcia, es catedrática de procesos diagnósticos clínicos.

* * *

IMÁGENES DEL SARS-CoV-2 — Gráfico 2.1

A

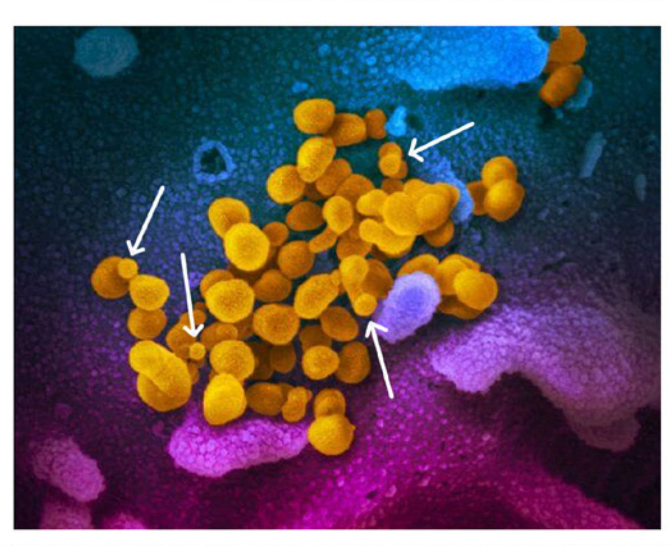


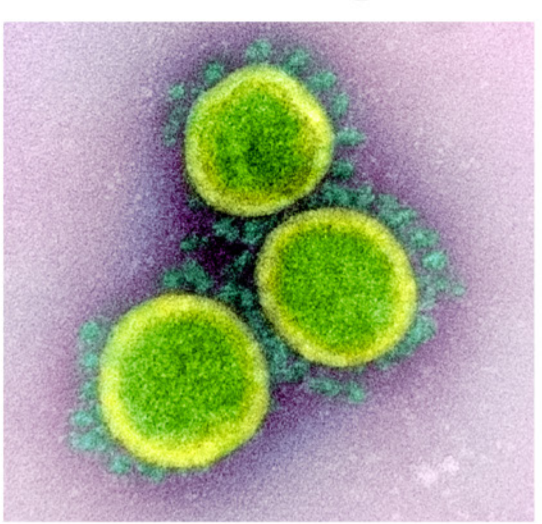
Esta imagen de microscopio electrónico de barrido muestra el coronavirus (amarillo) entre las células humanas (rosa). / RML

B

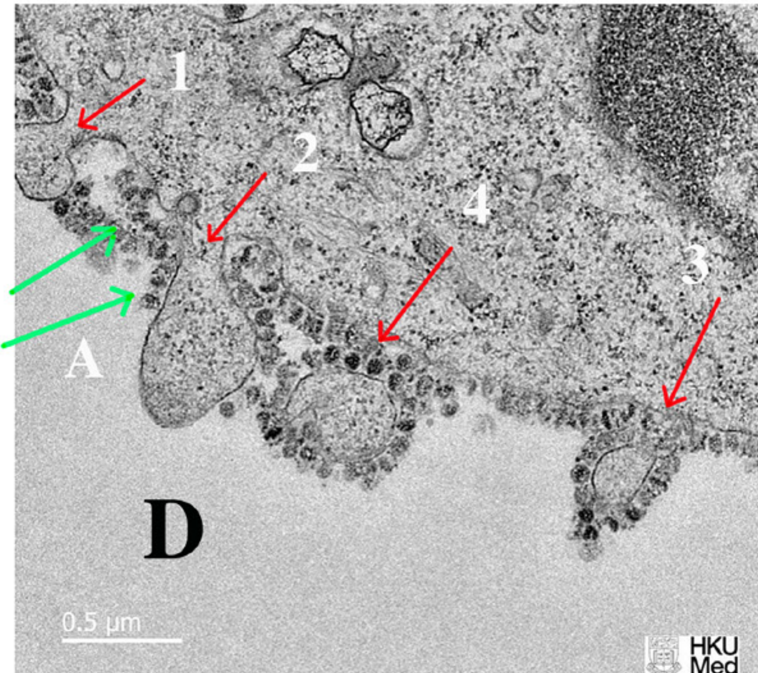
Laboratorios Rocky Mountain (RML) del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (Estados Unidos)

C





Laboratorio Fort Dietrick



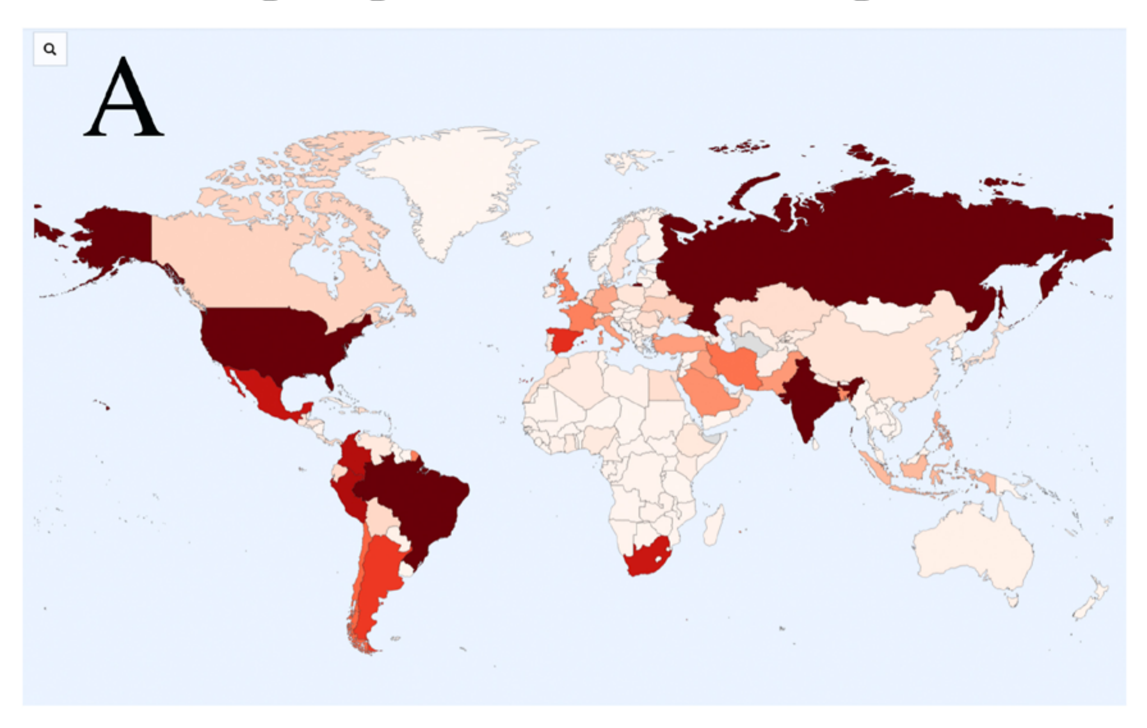
Observaciones: Vemos como se forman estos "coronavirus".

1. Inicio de gemación.
2. Gemación con adhesión de las "espículas".
3. Final gemación con la corona de "espículas".
4. "Coronavirus" formado.

A: Las "espículas" ya están formadas en la membrana celular antes de adherirse al "virus".

Universidad de Hong-Kong

Mapa "pandemia" a 12-sep-2020



B Gráfico "pandemia" en ESPAÑA



Figura 1. Casos diarios confirmados y sospechosos de COVID-19 en España a 11.08.2020

Nº casos nuevos

10.000
9000
8000
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0

Periodo 1

Periodo 2

17 junio

Muertes

Observaciones:

- **A partir de mediados de junio los datos rozan la horizantal.**
- **El 17 de junio el Gobierno español publica el decreto de ayudas a las Comunidades en función de los casos de Covid-19 (PCR+) reportados.**

Gráfico 2.3

5G Spectrum in Europe

Focus on mid-band (3.4-3.8 GHz) and 26 GHz (24.25-27.5 GHz) for 2018+

A

Band	Award
• 3.4 - 3.8 GHz (350 Mhz)	2017
• 26 GHz	2018

Band	Award
• 3.46 - 3.8 GHz	2018
• 26 GHz	2019

Band	Award
• 3.4-3.8 GHz	2019/2020
• 26.5 - 27.5 GHz	2019/2020

Band	Award
• 3.6 - 3.8 GHz	2018
• 26.5 - 27.5 GHz	2018

Band	Award
• 3.4 - 3.6 GHz (150 MHz)	2018
• 3.6 - 3.8 GHz (116 MHz)	2019
• 26.5 - 27.5 GHz	2018/2019

Band	Award
• 3.4 - 3.8 GHz	2018
• 26.5 - 27.5 GHz	2018?

Band	Award
• 3.4 - 3.8 GHz	2018
• 26.5 - 27.5 GHz	2020

	Award
• 3.4-3.8 GHz	2019/20*
• 26 GHz	2020+*

Marzo 2020

FRANCIA

B

C

6 mayo 2020 ookla 5G map

14 septiembre ookla 5G map



Observaciones:

- Francia: A principios de 2020 se inicia el proceso de la 5G (A). Después se paraliza (B). A partir de mediados de mayo se reinicia. A 14 de septiembre hay 33 redes desplegadas (C).
- Luxemburgo: A principios de junio tests masivos a la población. En los últimos 29 días el nº de muertes es = 0.

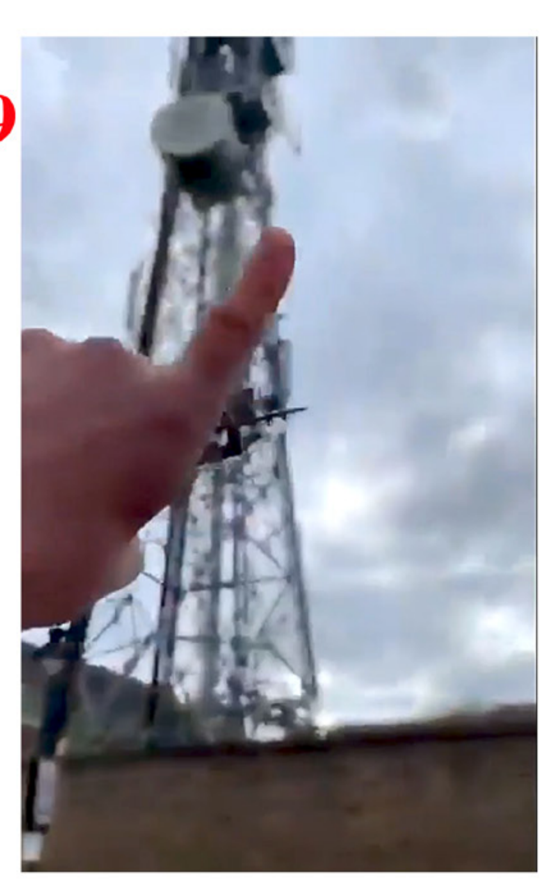
Pekin. Ceremonia del fin de la pandemia. 8 septiembre 2020

A



B Interior de una caja de circuitos en una antena 5G





DiarioDeMallorca

MALLORCA › DIARIO DE PALMA PART FORANA SUCESOS MUNICIPIOS

A

INFORME

El origen del contagio de coronavirus se desconoce en Balears en tres de cada cuatro casos

El archipiélago es la comunidad con un menor número de infectados que contrajeron la enfermedad en el ámbito de su domicilio

Matías Vallés

05·09·20 | 01:44







Kary Mullis, premio nobel por la invención de la técnica PCR, opina sobre su uso:

B



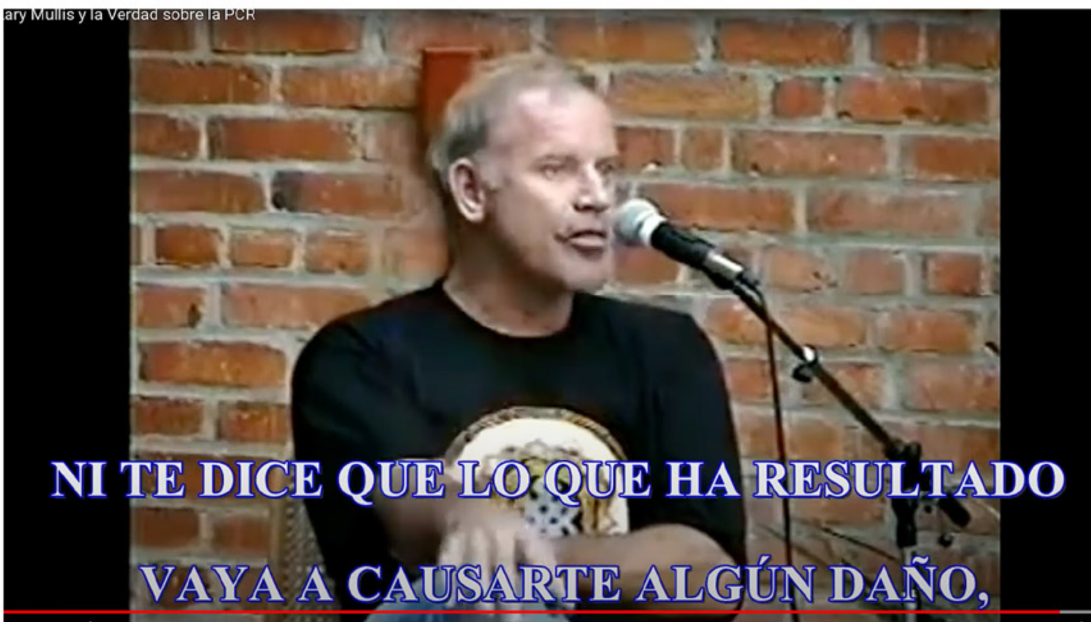
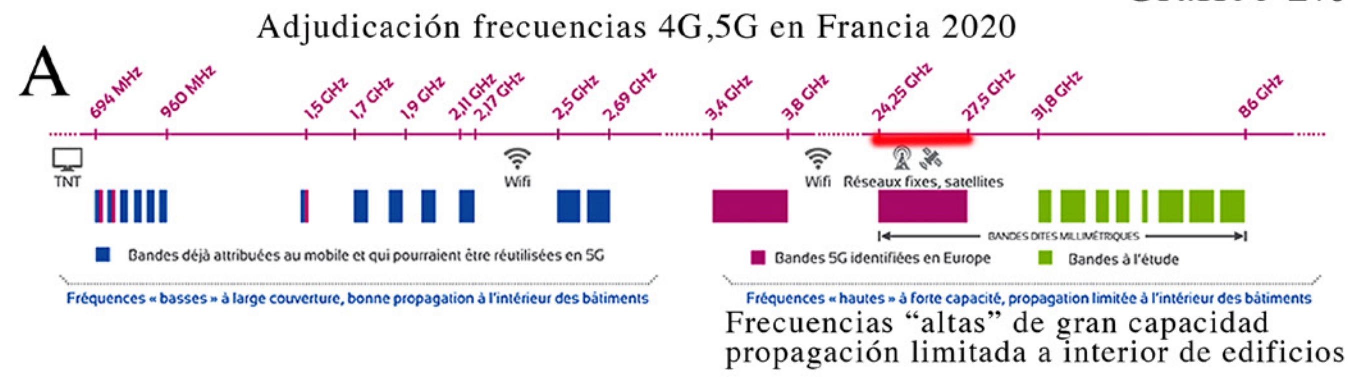


Gráfico 2.6

Adjudicación frecuencias 4G,5G en Francia 2020



Asignación del espectro en los países europeos

5G Spectrum Allocation in Major European Countries

Country	Frequency Band	Frequency	Auction Status
Finland	n78	3.41 - 3.8 GHz	Auctioned (October 2018)
	n258	25.1 - 27.5 GHz	Auctioned (June 2020)
France	n78	3.4 - 3.8 GHz	Auctioned (September 2020)
	n257	26.5 - 27.5 GHz	Upcoming
Germany	n1	1920 - 1980 MHz (Uplink) 2110 - 2170 (Downlink)	Auctioned (August 2019)
	n78	3.4 - 3.7 GHz	Auctioned (August 2019)
	n78	3.4 - 3.8 GHz	Upcoming (Planned)
	n258	24.25 - 27.5 GHz	Upcoming (Planned)
Ireland	n78	3.4 - 3.8 GHz	Auctioned (May 2017)
	n258	26 GHz	Upcoming
Italy	n78	3.6 - 3.8 GHz	Auctioned (October 2018)
	n258	26.5 - 27.5 GHz	Auctioned (October 2018)
	-	700 MHz	Auctioned (October 2018)

5G Frequency Bands in Europe C



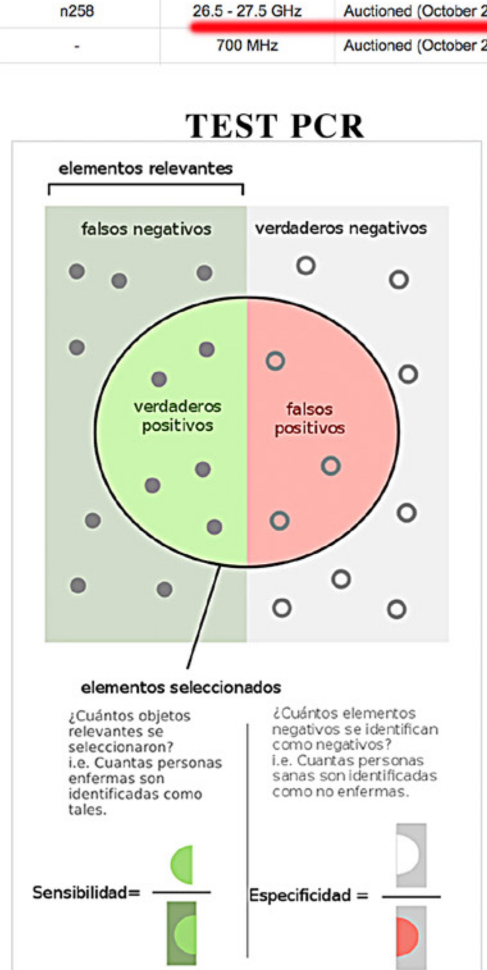


Gráfico 2.7

CHEMTRAILS EN EUROPA



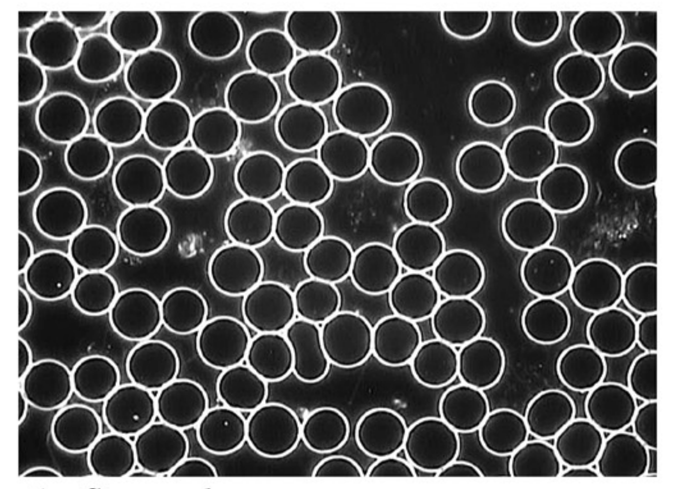


Imágenes: Conferencia Dr. Dietrick Klinghard
https://www.youtube.com/watch?v=ScrXMUMj_QQ

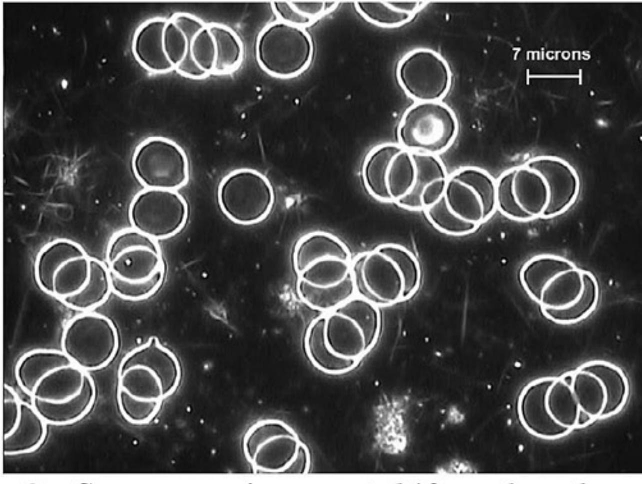
A Efecto Rouleaux

Gráfico 2.8

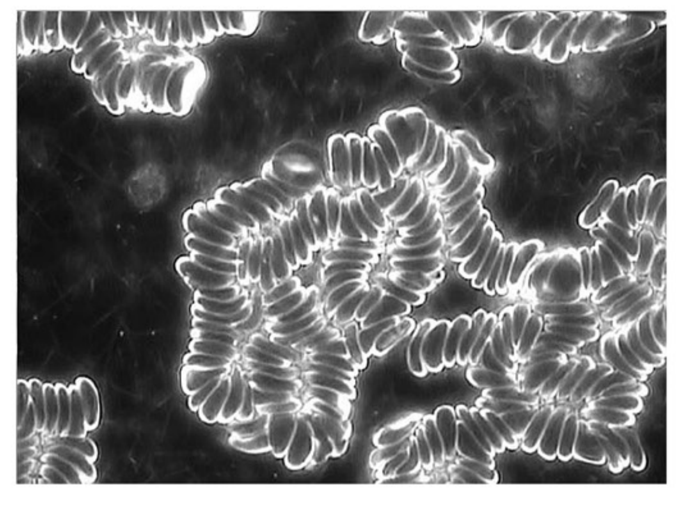
Imágenes: Fundación Westin-Price



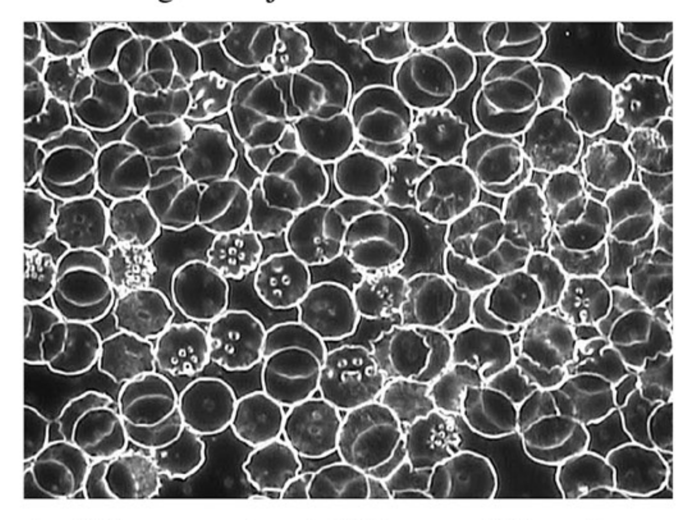
1. Sangre humana sana.



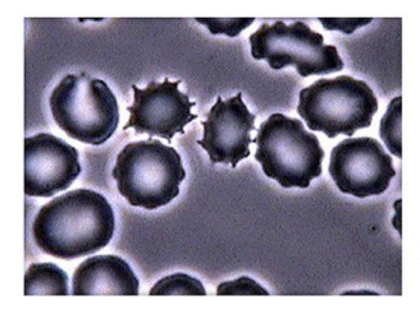
2. Sangre mujer con teléfono basal.



3. Misma mujer, teléfono 45'en carga.



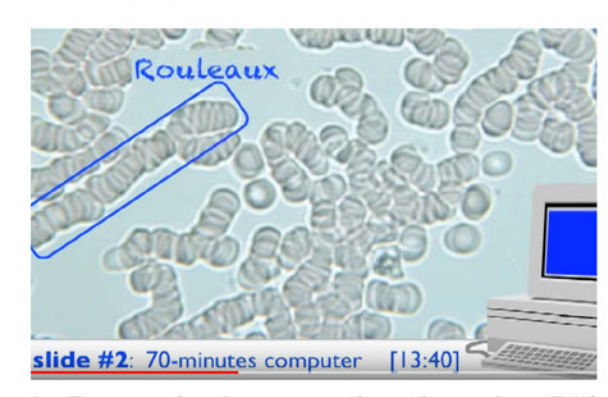
4. Misma mujer, teléfono + 45' activo.



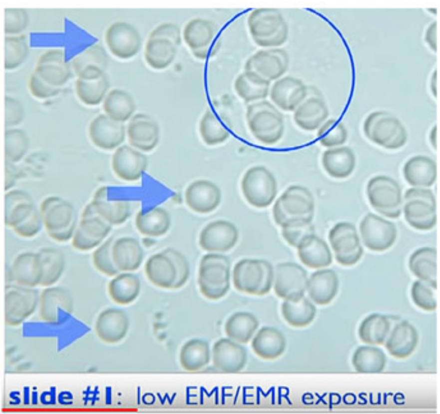
5. Equinocitos

B

Dra. Magda Havas



2. Después de usar el ordenador 70'



1. Sangre sana



3. Después de hablar 10' por teléfono

Estudio Vladimir I. Mordachev

Gráfico 2.9

A

Tabla 2 (fragmento). **Tasa de Letalidad**

Country	MPL, W/m²	The ratio of the tota	
		04.05.2020 WHO Rep. 105	%
Страна	ПДУ, Вт/м²	Отношение чис	
		04.05.2020 WHO Rep. 105	%
1. Azerbaijan	0.1	25/1932	1.29
2. Belarus	0.1	103/17489	0.59
3. Belgium	10	7844/49906	15.72
4. Bulgaria [1)]	0.01	73/1618	4.51
5. Canada	4	3681/59365	6.20
6. Chile [1)]	0.1	260/19663	1.32
7. China	0.4	4643/84400	5.50
8. Denmark	10	484/9523	5.08
9. France	10	24859/129708	19.17
10. Germany	10	6692/163175	4.10
11. UK	10	28446/186603	15.24
12. Hungary	0.1	351/3035	11.57
13. India	0.9	1373/42533	3.23
14. Ireland	10	1303/21506	6.06
15. Israel	0.9	227/16152	1.41
16. Italy	0.1	28884/210717	13.71
17. Japan	10	510/15057	3.39
18. Kazakhstan	0.1	27/3988	0.68
19. Lithuania;	0.1	46/1410	3.26
20. Luxemburg	0.45	96/3824	2.51
21. Netherlands	10	5056/40571	12.46
22. Poland	0.1	678/13693	4.95
23. Portugal	10	1043/25282	4.13
24. Russia;	0.1	1356/145268	0.93
25. Spain	10	25264/217466	11.62
26. Sweden;	10	2679/22317	12.00
27. Switzerland	0.1	1472/29822	4.94
28. Turkey	0.56	3397/126045	2.70
29. Ukraine	0.1	303/12331	2.48
30. USA	10	60710/1125719	5.39
31. Uzbekistan	0.025	10/2160	0.46
Pearson's correlation coefficient:			**0.551**

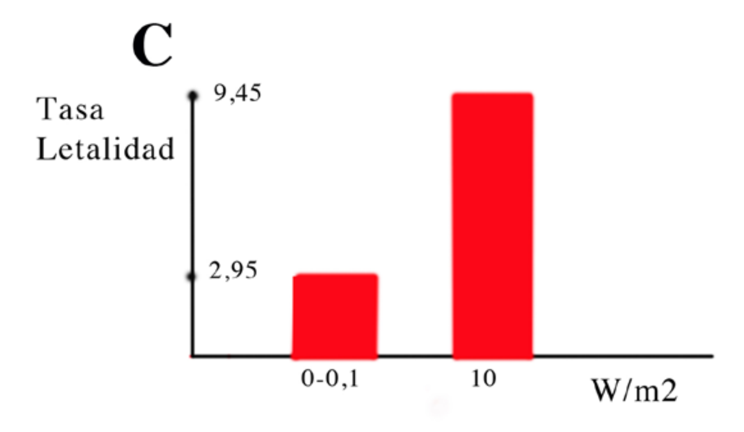
[1)] The lower limit of the range of normalized values.

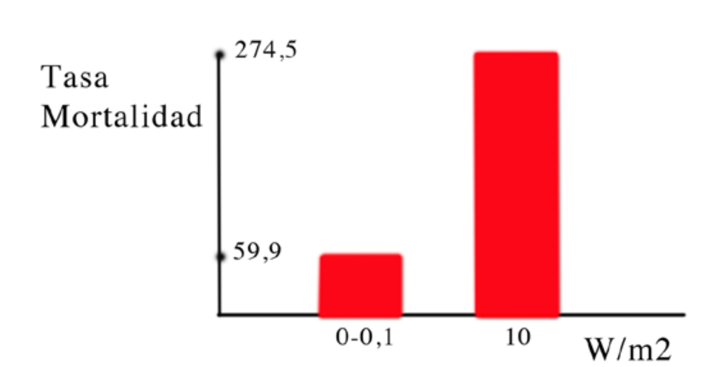
B

Tabla 3 (fragmento). **Tasa de Mortalidad**

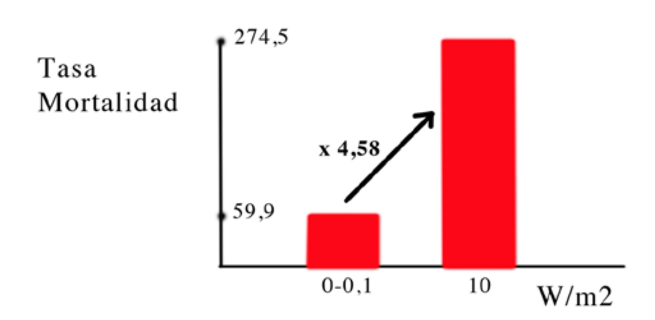
Country	MPL, W/m²	The ratio of the tota	
		04.05.2020 WHO Rep. 105	Total
Страна	ПДУ, Вт/м²	Отношение числа	
		04.05.2020 WHO Rep. 105	Всего
1. Azerbaijan	0.1	25/10.139	2.47
2. Belarus	0.1	103/9.449	10.9
3. Belgium	10	7844/11.590	677
4. Bulgaria [2)]	0.01	73/6.948	10.5
5. Canada	4	3681/37.742	97.5
6. Chile [2)]	0.1	260/19.116	13.6
7. China	0.4	4643/1439.324	3.23
8. Denmark	10	484/5.792	83.6
9. France	10	24859/65.274	381
10. Germany	10	6692/83.784	79.9
11. UK	10	28446/67.886	419
12. Hungary	0.1	351/9.660	36.3
13. India	0.9	1373/1380.004	0.995
14. Ireland	10	1303/4.938	264
15. Israel	0.9	227/8.656	26.2
16. Italy	0.1	28884/60.462	478
17. Japan	10	510/126.76	4.03
18. Kazakhstan	0.1	27/18.777	1.44
19. Lithuania	0.1	46/2.722	16.9
20. Luxemburg	0.45	96/0.626	153
21. Netherlands	10	5056/17.135	295
22. Poland	0.1	678/37.847	17.9
23. Portugal	10	1043/10.197	102
24. Russia;	0.1	1356/146.796	9.24
25. Spain	10	25264/46.755	540
26. Sweden;	10	2679/10.099	265
27. Switzerland	0.1	1472/8.655	170
28. Turkey	0.56	3397/84.339	40.3
29. Ukraine	0.1	303/42.156	7.19
30. USA	10	60710/331.003	183
31. Uzbekistan	0.025	10/33.469	0.299
Pearson's correlation coefficient:			**0.577**

C





Estudio de la Tasa de Mortalidad por Covid-19
en 31 países y su relación con los niveles de tolerancia permitidos
de contaminación electromagnética (w/m2)



Vladimir I. Mordachev - Bartomeu Payeras

Correlacion entre Tasa de mortalidad por COVID-19, en 31 paises, y máximos niveles permitidos de flujo de energia electromagnetica.
Ley empirica entre flujo de Nº de Fotones que llegan al organismo, y Tasa de Mortalidad.

Tasa de Mortalidad
(Por millon de habitantes del pais).

274,5

59,9

0-0,1 10

Máximo legal de
Flujo de energia
electromagnetica
(Watt/m^2).

Vladimir I. Mordachev - Bartomeu Payeras

El nº de fotones (Energia = h·v) que llegan a la piel, por unidad de area y tiempo es proporcional al flujo de potencia recibida (Watt/m2).

En este caso, tenemos que la tasa de mortalidad alta (274,5) y la tasa de mortalidad baja (59.9), se relacionan por el logaritmo natural de la relacion de energias, es decir, del nº de fotones.

Pues: 59,9 ∗ Ln (10 / 0,1) = 275,8.
Y el valor real es 274,5

+/-: 0,49%

Emerge, al menos en este caso, 31 paises, una ley empirica, que da la tasa de mortalidad, en funcion del nº de fotones por unidad de tiempo y area que llegan a la piel del organismo de biologia del carbono:

Tasa de Mortalidad = TM0 ∗ Ln(Nº de fotones). **[eq. 1]**

Siendo TM0, una constante ajena a la radiacion, y Nº de fotones (>=1) el nº de fotones, por unidad de area y tiempo que llegan a la piel del organismo de biologia del carbono.

Esto recuerda a las leyes de Fisica Estadistica (Fisica del estado solido, distribuciones de energia de Fermi-Dirac) donde la relacion entre el nº de paquetes de energia Fija (Por ejemplo,en una Celula Fotoelectrica, recibiendo fotones de energia fija, h·v, llegando a una red de elementos cuanticos que los absorben, electrones y huecos en ese caso, con energia distribuida segun Fermi-Dirac), y la tension generada, sigue similar ley, basada en logaritmos de base natural, numero de Neper.

Pero de momento, ese modelo teorico de base y soporte, no esta rigurosamente desarrollado (Solo hace unas semanas que he encontrado la relacion empirica) , y ahora (06-2021) esto es todo lo que podemos decir:

Estos datos empiricos encajan con la huella matematica de un proceso natural, propio de la fisica estadistica.

Antonio Javier Morcillo y Matinez
Ingeniero Telacomunicaciones
Universidad Politécnica de Madrid

Penetración de las REM en el cuerpo humano

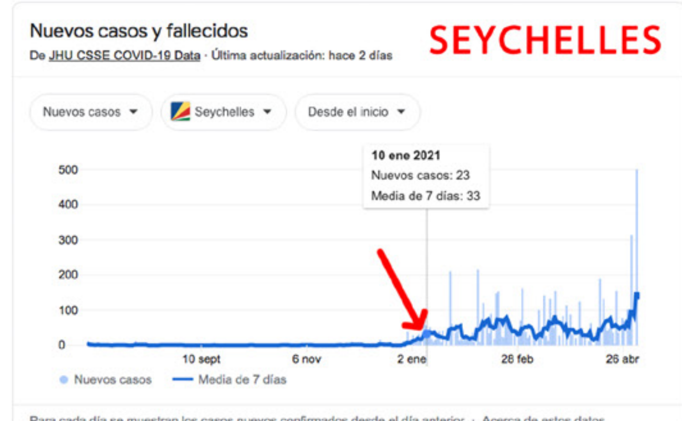
BANDA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE ABSORCIÓN	FRECUENCIA MHz	PROFUNDIDAD DE PENETRACIÓN cm	
		Músculos, piel y tejidos con alto contenido en agua	Grasa, huesos y tejidos con bajo contenido en agua
400 MHz < f < 2000 MHz Absorción localizada por resonancias o por enfoque quasi-óptico del campo E.M. incidente	433	3,57	26,20
	750	3,18	23,00
	915	3,04	17,70
	1500	2,42	13,90
3 GHz < f < 300 GHz La energía se disipa en la superficie del cuerpo de forma similar a las radiaciones infrarrojas	2450	1,70	11,20
	3000	1,61	9,74
	5000	2,78	6,67
	5300	0,72	5,24
	8000	0,41	4,61
	10000	0,34	3,39

TABLA 1. Absorción de RF y MO en el cuerpo humano

Observaciones:

Entre 750 MHz y 5 GHz la profundidad de penetración oscila desde 3,18 cm a 2,78 cm en tejido muscular y piel. Y entre 23 cm y 6,67 cm en grasa, huesos y tejidos con bajo contenido en agua






ÚLTIMA HORA Condena para Igor el Ruso

EPA El paro bajó en 65.800 personas entre enero y marzo, el primer descenso en un primer trimestre desde 2015

India emprende "la mayor campaña de vacunación del mundo" contra la Covid-19 con 300 millones de personas hasta agosto

AGENCIAS NOTICIA 16.01.2021 - 10:56H

Así está evolucionando la vacunación contra el coronavirus en España.




TELECINCO

AR LO ÚLTIMO EXCLUSIVAS INVESTIGACIÓN CORAZÓN POLÍTICA SUCESOS ENTREVISTAS A LA CARTA

PORTADA PROGRAMAS | SOCIEDAD

La doctora Foces, desde India: "Gente vacunada con AstraZeneca se contagia de la nueva variante"

El Programa de Ana Rosa • India.
29/04/2021 · 10:56h.





Gráfico 2.13

CORONAVIRUS

El asombroso caso de Mongolia, el país sin ninguna muerte por la COVID-19

A pesar de estar a 4.600 kilómetros de distancia con China, origen del coronavirus, el país mongol registra 784 contagios y ninguna víctima mortal.

Paula Naveira @Paulanaveiram
Actualizado a 29 de noviembre de 2020 a las 10:19

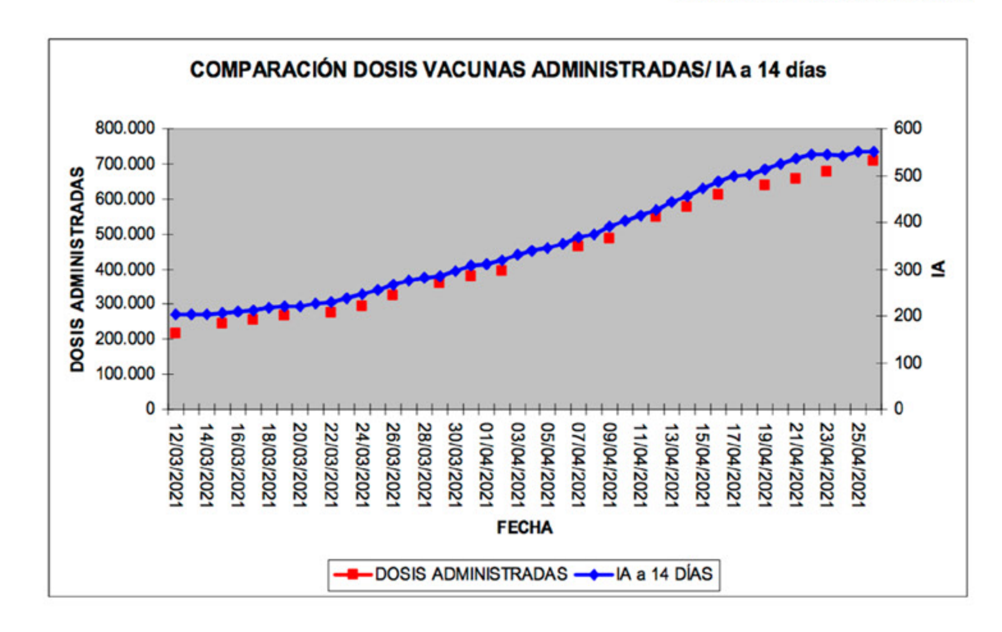
29 noviembre 2020



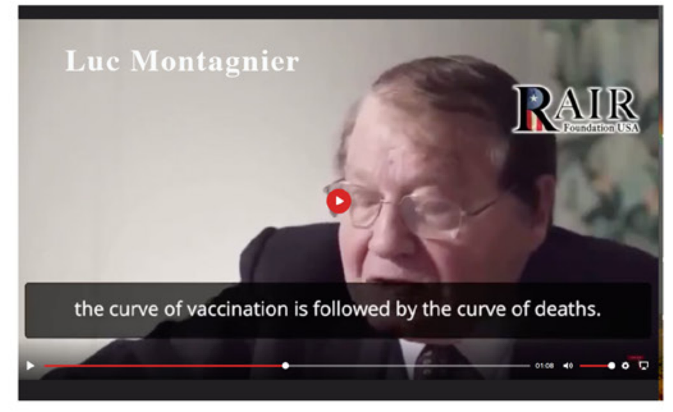


BIÓLOGOS por la verdad

Jon Ander Etxebarria Garate
Decano del Colegio de Biólogos de Euskadi
Bilbao a 27 de abril de 2021







Parte III. Conclusiones Generales

REM - Covid-19

1. Los cálculos matemáticos demuestran una clara y contundente relación entre el índice de casos de Covid-19 y la ubicación de las redes 5G.

2. La presencia de las actuales radiaciones electromagnéticas propias de la 5G y las de frecuencias superiores a 1.800 MHz son el factor discriminante y decisivo en la aparición y potenciación de los síntomas y patologías atribuidas al síndrome Covid-19 .

3. Los estudios que presentamos, junto con el de Suiza (ver Anexo 3) tras la moratoria 5G y el de Mordachev, demuestran que, a demás de la relación hay un influencia causa-efecto entre REM el síndrome Covid-19.

4. Tanto entre estados, países, regiones, comarcas o ciudades, se constata la asimétrica distribución de los índices entre áreas con y sin 5G.

5. Los resultados epidemiológicos de Es Mercadal, Barcelona y el Vaticano, apuntan en el sentido de que las REM (3G, 4G, 4G+) pueden producir los mismos efectos cualitativos que los ocasionados por las redes 5G.

6. Es significativo, original y exclusivo de esta "pandemia", el "efecto frontera"; con límites muy precisos del índice de casos de Covid-19 entre estados, ciudades, regiones contiguas con o sin implantación 5G.

7. En todos los casos estudiados, se observa un incremento del índice de Covid-19 en las zonas con más contaminación electromagnética. Esto se ve claramente en los microestados; ya que al ser territorios reducidos la existencia de 5G puede cubrir casi todo el territorio, y es aquí donde se dan los valores más elevados de los índices de Covid-19

8. Es especialmente significativo el caso de San Marino. Se trata de un "crisol" donde por primera vez se ha experimentado la 5G con la población. El primer estado del mundo que implantó la 5G y el estado que ha presentado durante muchos meses el índice más elevado de casos de Covid-19; y actualmente el de mayor tasa de mortalidad.

9. Es importante para poder demostrar que una hipótesis es cierta, demostrar que lo contrario no se cumple. Por esto es muy ilustrativo, además del caso de Suiza, lo que pasa en el continente africano. A 1 de enero del 2020 hay 16 redes 5G comerciales en Sudáfrica y solo 1 en el resto de África; siendo en Sudáfrica donde se dan las cifras más elevadas de casos y muertes por Covid-19 de África.

Otros factores

10. Entre todos los factores estudiados, los que más pueden influir en el incremento de los casos y muertes por Covid-19 son: Las REM, los protocolos hospitalarios aplicados y las vacunas.

11. En el estudio epidemiológico de 90 países comprobamos que los países con mejor asistencia sanitaria (según la OMS) presentan entre 37 y 41 veces más Tasa de Mortalidad por Covid-19 que los países con peor asistencia sanitaria.

12. Los países con mejor asistencia hospitalaria, presenta en esta pandemia los valores más altos de Tasa de Letalidad por Covid-19 (a 1 de junio 2020); cosa que relacionamos con una política hospitalaria contraproducente en esta “pandemia”.

13. En Europa, los países con mayor tasa de vacunación antigripal presentan unas 6 veces más Tasa de Mortalidad por Covid-19 que los menos vacunados.

Causas e hipótesis

14. Los argumentos aportados desmienten la hipótesis oficial de que la Covid-19 se debe a la infección y propagación causada por un virus exógeno procedente de Wuhan. En todo caso, solamente se podría contemplar una posible infección por SARS-CoV-2 en una fase muy inicial; pero al tratarse de un virus “quimera” sería eliminado fácilmente por nuestro sistema inmunitario.

15. Los argumentos aportados desmienten que los “contagios” puedan ser ocasionados por un virus que se transmite por el aire.

16. Solamente hay dos únicas posibilidades sobre el origen de la causa/s: vírica/biológica o física/ambiental. Al no haberse demostrado la existencia del SARS-CoV-2 debidamente purificado en los cadáveres de muertos por Covid-19, formulo la hipótesis sobre las causas de la Covid-19, que denomino *Teoría Ambiental* (cap. 2.7).

17. La Teoría Ambiental viene a substituir la actual teoría “biológica” de que un virus, ya sea natural o modificado procedente de Wuhan, ha sido el causante único de la Covid-19. Establece que las causas son de origen externo; físico o ambiental que, de una forma artificial, controlada y planificada, han preparado el terreno y actuado para la proliferación de la Covid-19; dando respuesta a todas las incógnitas que han sido planteadas hasta el día de hoy.

18. Solamente las REM pueden actuar como causa única. Sin embargo; un antígeno introducido a través de las vacunas, virus/episomas activados y los metales pesados, pueden actuar coordinadamente como cofactores potenciadores causales de la Covid-19.

– – –

Debido a que este experimento que se esta realizando con todo el planeta, no puede repetirse ya que solo disponemos de uno, los datos epidemiológicos aportados tienen el valor de ser una “fotografía” del momento. Dada las perversión de los datos publicados en el sentido de equiparar un PCR+ a un “contagio” y por tanto a un caso de Covid, renuncio a partir de 1 de julio a incorporarlos para no contaminar el presente estudio..

- - -

Grado de cumplimiento

Para refutar una teoría basta con encontrar solo una observación que esté en desacuerdo con las predicciones de la misma; pero, para que una teoría se cumpla debe dar explicación a todos las variables o incógnitas de la ecuación. Por eso, finalizado el trabajo de búsqueda de las causas y los mecanismos que actúan en esta epidemia, es hora de comprobar el grado de cumplimiento de la hipótesis planteada. Esta hipótesis puede ser discutida, rebatida, retocada y ampliada, pero de momento es compatible con lo siguiente:

1.- Que esta “pandemia” se haya producido coincidiendo temporalmente con el despliegue de la tecnología 5G.
2.- Las 4 fases de la “pandemia”.
3.- La distribución asimétrica de casos de Covid-19.
4.- El efecto frontera.
5.- Que des de que en Suiza se decretó la moratoria 5G, los casos de Covid-19 disminuyeran drásticamente.
6.- Que en zonas próximas a las antenas de telefonía móvil se hayan dado más casos de personas con síntomas similares a la Covid-19.
7.- Que en zonas próximas a las antenas de telefonía móvil se hayan dado casos más severos de la Covid-19
8.- El no cumplimiento de los postulados de Koch.
9.- Las dificultades en aislar e identificar el “germen” causante en los pacientes y cadáveres.
10.- Con que en una persona se demuestre la existencia de virus en sus tejidos sin que haya sido contagiada externamente por un virus.
11- Que en las autopsias realizadas en cadáveres de Covid-19 se determine que la causa ha sido por embolias no atribuibles a infecciones víricas.
12.- El que en fechas anteriores a la “pandemia” se dieran algunos casos de Síndrome Respiratorio Agudo, Neumonía atípica bilateral o Neumonía intersticial
13.- Que los tests no sean precisos.
14.- Que los tests den positivo en personas sanas.
15.- Que los casos de Covid-19 se manifiesten posteriormente a la vacunación y no en períodos anteriores.
16.- Que haya más casos en poblaciones vacunadas y a la vez con mayor implantación de redes 5G.
17.- Que los PCR den positivo al analizar muestras de vacunas antigripales
18.- Compatible con lo que publican los médicos del Hospital de Barbastro en relación a la

vacuna administrada a los mayores de 64 años contienen Polisorbato 80 que actúa como "carga" que potencia un efecto letal.

19.- Los casos de cuadros agudos con muerte a los 2-3 días.

20.- Que los casos más graves se presentaron al inicio de la pandemia.

21.- Que el "virus" no sea influenciado significativamente por el clima, la densidad de población, el grado de confinamiento, la contaminación atmosférica,

22.- Que no se haya demostrado el contagio a través del aire.

23.- El SARS CoV-2 es un virus quimera que en cultivos celulares no se expresa en células del epitelio alveolar humano, lo que explica que el receptor ACE2 (entrada del virus) no se expresa en el pulmón y por lo tanto la Covid no puede transmitirse por vía aérea.

24.- Que el agente causante actúe internamente en el organismo y no a través de los alvéolos pulmonares.

25.- El uso y abuso de las pruebas PCR para "demostrar" la existencia del "virus" y de los "contagios".

26.- Que los test PCR se han regulen a 40 y hasta 45 ciclos.

27.- Con los estudios de seroprevalencia que demuestran que la gran mayoría de los "contagios" no se han producido por contacto directo con personas afectadas de Covid-19, como debería ser si se trata de un virus.

28.- La ineficacia del uso de mascarillas convencionales por la población.

29.- La ineficacia de los tratamientos antivirales.

30.- Que en los últimos 6 meses los casos PCR+ se dan en personas que llevan la mascarilla.

31.- La ineficacia del confinamiento de la población.

32.- La casualidad del extraordinario interés en silenciar y censurar de los debates públicos todo lo referente a los dos principales factores que influyen en esta hipótesis: La 5G, asistencia sanitaria y las vacunas.

33.- El hecho sospechoso de que altos dirigentes tengan información privilegiada para pronosticar un rebrote, o rebrotes de la epidemia, como el que se pronosticó para otoño del 2020.

34.- Las contundentes declaraciones de Dietrich Klinghardt, medico y ex-vecino de Bill Gates, uno de los máximos impulsores y patrocinadores de la OMS y de la vacunación, cuando afirma que ni se vacuna ni tiene 5G.

35.- Que las oficinas o ministerios gubernamentales de EE.UU. Australia, Canadá, Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda hayan informado que no disponen de ningún archivo que demuestre el aislamiento del SARS.CoV-2 debidamente purificado.

Previsibilidad

Una de las propiedades de toda teoría es la previsibilidad. Aunque solamente estamos formulando una hipótesis, podemos poner a prueba su previsibilidad. Si lo que viene a continuación no se cumple es que la hipótesis formulada es incorrecta.

- Si se diagnostica cada enfermedad por su nombre, gripe, neumonía, etc, los casos de Covid-19 deben disminuir.

- Si se declara la moratoria 5G (de frecuencias superiores a 1,8 GHz), los casos de Covid-19 deben disminuir.
- Si se suprimen las campañas de vacunación, sobre todo las antigripales que contienen Polisorbato 80 sin que sean substituidas por otras, la incidencia de la Covid-19 debe disminuir.
- Si se investiga y se localiza la fuente emisora y se suprime la emisión de REM que permiten transmitir la HEM de un antígeno; la incidencia de Covid-19 debe disminuir.
- Si se substituyen las antenas 5G por fibra óptica, la incidencia de Covid-19 debe disminuir.
- Si se substituye el provocar miedo entre la población desde los medios de comunicación, por fomentar una educación sobre salud y el equilibrio con la naturaleza; la Covid-19 debe disminuir.
- Si se fomenta la utilización y prescripción de terapias naturales de eficacia contrastada, los casos Covid-19 debe disminuir.
- Si se suprimen las mascarillas y el confinamiento y se fomenta la salud integral de la persona con la misma intensidad, espacio y tiempo en los medios de comunicación que el que dedican a fomentar la alarma social, los caos de Covid-19 deben disminuir.
- Si se suprimen los tests de diagnóstico y se substituyen por la asistencia primaria y se diagnostica que alguien padece una enfermedad cuando presenta los síntomas; la Covid-19 debe disminuir.

_ _ _

Hemos visto que la artificialidad y la necesaria manipulación humana, está presente tanto las causas como en los factores potenciadores; por lo que no cabe duda que implica una intencionalidad perversa. Y como consecuencia, la hipótesis es compatible con un maquiavélico plan que dejo para los analistas su evaluación junto con las consideraciones penales o geopolíticas que de ello se deriven.

Por todo lo aquí dicho y documentado, considero URGENTE el tomar en consideración los datos y conclusiones de este estudio, como mínimo atendiendo al principio de precaución. Dadas las actuales circunstancias, es responsabilidad de los medios de difusión y de las autoridades políticas y sanitarias el tomar medidas urgentes. El hecho de conocer este estudio y no actuar, podría ser considerado como mínimo negligencia o incluso prevaricación.

* * *

Parte IV. Propuesta de tratamiento y prevención

Una vez efectuado el diagnóstico, permítanme dar unos consejos para el tratamiento y prevención.

1. Como medida preventiva: Moratoria indefinida mundial a la comercialización de REM superiores a 1.800 MHz, hasta que se demuestre, por científicos independientes de las empresas del sector, su inocuidad, con experimentación "in vivo" no basadas en modelos simulados de laboratorio.
2. Supresión de todos los laboratorios militares o civiles de alta seguridad susceptibles de experimentación en guerra biológica.
3. Sancionar o cancelar la licencia de explotación y encausar judicialmente a las plataformas de internet que censuren los derechos fundamentales de las personas a la libre expresión oral, literaria o científica.
4. Encausar judicialmente a todos los que han facilitado o participado en la creación y difusión de la "pandemia".
5. Exigir responsabilidades penales a los medios de comunicación y redes sociales que han ocultado, engañado, o tergiversado los datos y que han silenciado o censurado a los que no compartían la versión oficial.
6. Seguimiento de la evolución de la Covid-19 en países con diferentes grados de confinamiento, a fin de conocer el grado de respuesta inmunitaria de la población.
7. Profundización en el estudio del origen de las causas que provocan o potencian la Covid-19,
8. Previo a una vacuna obligatoria, publicar los estudios realizados por técnicos independientes sobre la composición de las vacunas administradas en los últimos años y su efecto sobre la salud humana.
9. Que ninguna vacuna o medicamento se administre a ninguna persona sin su consentimiento expreso; y que cada laboratorio farmacéutico responda de los posibles efectos adversos de las vacunas que ponga en el mercado.
10. No obstruir, sino liberalizar los tratamientos con substancias y terapias inocuas que han demostrado su eficacia contra la Covid-19.

14 abril 2020– 1 julio 2021 Bartomeu Payeras i Cifre

Agradecimientos: Al Dr. Birame Boye y Jacqueline Maudoux, por su colaboración y traducción. A Maria Àngels Comes y Agnès Torres por su colaboración.

ANEXO 1 **ECUADOR**

Desde que a finales de febrero se registro el primer caso oficial de COVID-19 en Guayaquil, hasta los últimos datos a 3 de junio del 2020, los casos han experimentado un ascenso progresivo. Pero vamos a ver y a analizar esquemáticamente estos datos.

	2 mayo 2020	2 Junio , 2020	Incremento %
Ecuador	1,61	2,365	147
Colombia	0,15	0,616	410
Perú	1,33	5,310	399

Comparación datos e indice entre Ecuador y sus países fronterizos Colombia y Perú.
Los números son el índice = casos /1000h.
La tendencia se ha invertido, en 30 días Ecuador con 5G ya no supera a sus países vecinos sin 5G, y además, con un incremento porcentual inferior del 147% frente al 399% de Perú. Es la primera vez en toda esta investigación que encontramos algo similar. ¿Es una excepción a la regla que desmerece la fiabilidad de este estudio, o tiene una explicación? Mientras los datos sean ciertos todo fenómeno tiene una explicación, otra cosa es saber cual es. Y es precisamente en estos casos donde se suele esconder alguna de las claves del problema. Antes de analizar estos números debemos informar que en fecha 4 de junio según datos de ookla 5G map Perú y Colombia cuentan ya con instalaciones 5G.
Veamos otros datos

6 abril 2020	Sitio	Casos/1000h	Índice
	Ecuador	3747 / 17.300	0,216
	Guayas	2534 /3.600	0,704
9 abril 2020	Ecuador	4965/ 17300	0,287
	Guayas	3384/3.600	0,94
31 mayo 2020	Ecuador	39098 /17300	2,260
	Guayas	14061/3.600	3,91
	Guayaquil	9762/ 2.700	3,615
2 junio 2020	Ecuador	40414/17300	2,336
	Guayas	14128/3600	3,924
	Guayaquil	9.771/2.700	3,619

Valor medio 6-9 abril

Índices Ecuador i = **0,251** Guayas i = **1,644**

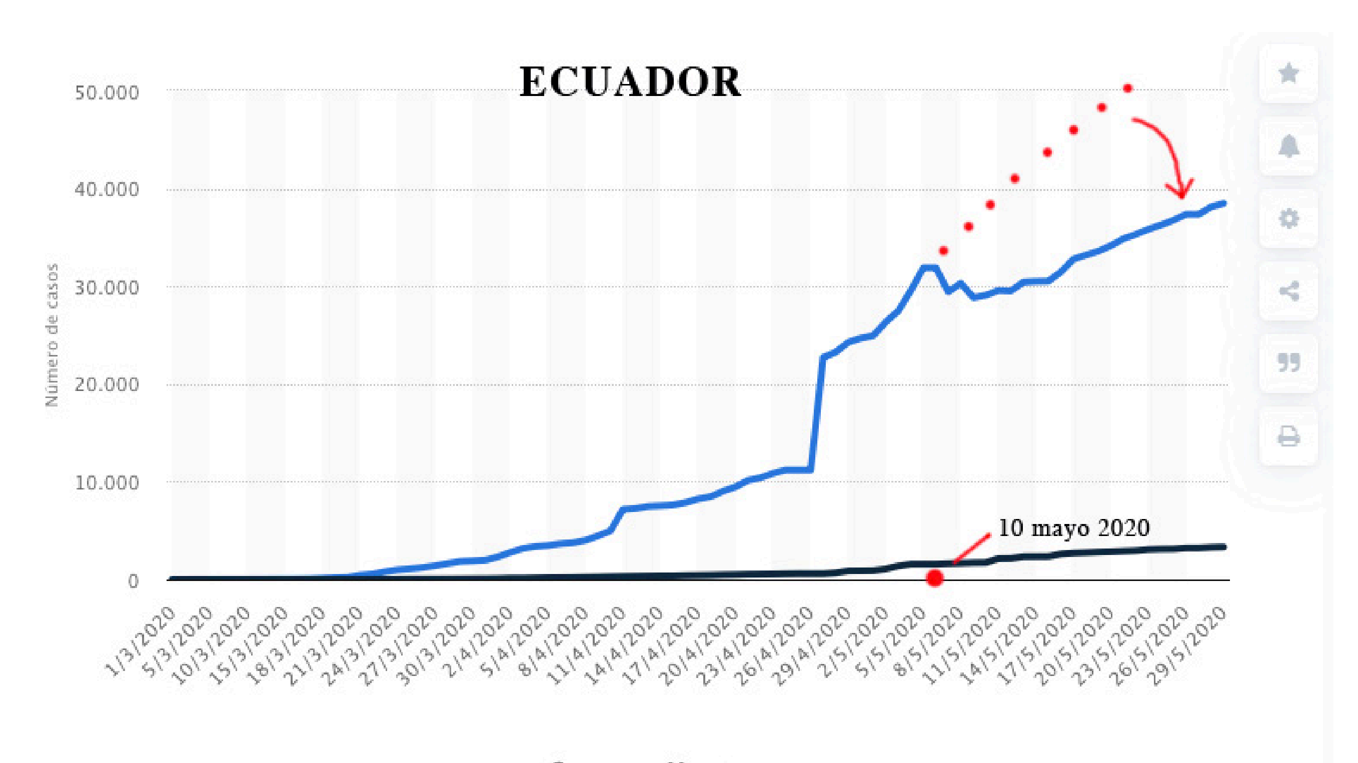
Casos Ecuador/Guayas 4365/2959 = **67,78%** del total

Valor medio 31 mayo-3 junio

Índices Ecuador **2,298** Guayas **3,917** Guayaquil 3,617

Casos Ecuador/Guayas 39956/ 14094 = **35,27 %** del total

Incremento del índice de Ecuador de 0,251 a 2,298 representa un aumento del **915%**
Incremento del índice de Guayas de 1,644 a 3,917 representa un aumento del **238%**



Hemos efectuado la media de los dos valores próximos en el tiempo (3 días) para reforzar más el valor estadístico y los resultados nos dicen que:

a. El porcentaje de casos de Guayaquil que inicialmente eran de 67,8% pasan en menos de un mes a 35,3%

b. Mientras que el índice de Ecuador experimenta un incremento del 915%, Guayas lo hace en un 238%.

Actualización: Datos a 24 junio 2020:

	casos	índice	incremento total índice	incremento desde 31 mayo	Guayas/Ecuador (casos)
Ecuador	52.334	3,025	1.105%	31,6%	28,39
Guayas	14.861	4,128	151%	5,38	

Evolución del 6-9 abril a 24 junio

La relación de casos entre Guayas/Ecuador ha pasado de 67,8% al 28,4%

El índice de Ecuador a subido un 1205% y el de Guayas un 250%

Se confirma la tendencia a la baja en Guayas ya que del 31 mayo al 24 de junio Ecuador aumenta un 31,6% en índice y Guayas solo un 5,4%.

Entonces cade preguntarse: ¿Que pasa en Guayas y su capital Guayaquil?

Aquí hay unos datos que pueden ser de interés. Entre el 26 de marzo y el 19 de abril de 2020 se realizó un ensayo clínico consistente en la utilización del dióxido de cloro (ClO_2) para el tratamiento del COVID-19. Lo llevaron a cabo médicos del AEMEMI, (asociacion ecuatoriana de médicos expertos en medicina integrativa) con un éxito del 97%. aplicando los protocolos de Andreas Kalcker (1). Ver acta notarial (2)

A pesar de que esta noticia, sospechosamente, se ha intentado silenciar y no ha trascendido en los medios de comunicación de Europa y EE.UU, es de pura lógica suponer que ante este éxito, los resultados y la noticia se difundió en la región de Guayaquil y el estado de Ecuador. El acta notarial lleva fecha del 6 de mayo, por lo que la la noticia no debió tardar en difundirse. Y dado que el costo del producto es bajísimo y si aplicación muy fácil, su uso se debe estar generalizando entre la población.

A parte de los números, ¿hay algún dato científico en este sentido? Si observamos la última gráfica de la evolución del COVID-19 en Ecuador, vemos que a mediados de mayo experimenta un cambio en su tendencia.

Creemos que con lo explicado todo parece indicar que no solamente queda demostrada la causa de esta "anomalía", sino que abre la puerta a un seguimiento de este caso como ejemplo de lo que en el futuro podría pasar.

Actualización a 24 junio 2020: El diario, Ecuador (3):
- "El martes, el ministro ecuatoriano de Salud Pública, Juan Carlos Zevallos, estimó que la pandemia del coronavirus "ha cedido" en Ecuador, aunque pidió a sus compatriotas reforzar las medidas sanitarias para contener la enfermedad. "Epidemiológicamente el contagio ha cedido", sostuvo Zevallos en una rueda de prensa en Quito, donde evaluó la situación del sistema sanitario nacional y las cifras de la pandemia. GUAYAQUIL. CASI SIN COVID-19. Sobre la situación en la ciudad costera de Guayaquil, que fue en un primer momento el foco del contagio en el país y se mantiene con la jurisdicción con mayor número de contagios, destacó los grandes progresos alcanzados.
"En Guayaquil casi no hay COVID-19, la ocupación de la camas en esa ciudad es del 30 al 40 por ciento", afirmó, aunque aclaró que cada ciudad debe tratar la situación de acuerdo a su realidad.

(1) https://lbry.tv/@JMPERIS:6/Mas-de-100-Casos-de-Covid-19-recuperados:5
(2)http://www.jmperis.com/documents/Acta_Notarial_primer_assaig_(resultats_preliminar)_amb_CDS_per_a_pacients_amb_COVID-19.pdf
(3)https://www.eldiario.es/sociedad/Ecuador-registra-oficiales-positivos-COVID-19_0_1041496803.html

* * *



Asistencia Sanitaria Vacunas y Covid-19

Bartomeu Payeras
&
Birame Boye

Según el Gobierno de España:



Anexo 2.

ASISTENCIA SANITARIA, VACUNAS y COVID-19

Autores: Bartomeu Payeras Cifre(*); Boye Birame (*), Fecha: 30 junio 2020

Declaración responsable:

- Ninguno de los autores trabaja para ninguna empresa relacionada con las telecomunicaciones ni con la industria farmacéutica. A principios de los años 1970 Bartomeu Payeras trabajó en el departamento de microbiología de los laboratorios Hubber en Barcelona. Realizó un estudio científico sobre un medicamento que contenía vitamina B12 y que hasta entonces se valoraba químicamente. Consistió en la valoración biológica a través de un biograma de crecimiento bacteriano donde los halos de crecimiento daban el valor de la potencialidad biológica de la vitamina que contenía el medicamento. Fue realizado en horario laboral y sin recibir remuneración alguna por él. Fue entregado a la dirección técnica del laboratorio.
- Los autores declaran bajo juramento que los datos proceden de fuentes oficiales y los cálculos efectuados son ciertos. Asumen que como cualquier trabajo científico que la interpretación de resultados está sujeto a revisión y a nuevas aportaciones.
- Dada la gravedad y las repercusiones sociales que puedan derivarse de las conclusiones de este estudio se atienen a libre elección de los investigadores a escoger el tema de sus estudios y al artículo 20 de la Constitución Española que consagra la libertad de expresión y de producción literaria, artística, científica y técnica.

Bibliografía:

Batomeu Payeras Cifre.

(*)Biólogo por la Universidad de Barcelona. Especializado en microbiología. Ha publicado trabajos de investigación. Trabajó e investigó en los laboratorios farmacéuticos Hubber en Barcelona con bacterias y virus de la viruela, Biograma para evaluar la actividad de la vitamina B12. Creó e investigó en el Departamento de Microbiología marina en el Laboratorio Oceanográfico de Palma de Mallorca. Miembro de la Sociedad de Historia Natural de Baleares. Análisis clínicos en Centre d'Anàlisis Clínics en Palma. Ingeniería genética: Intercambio episómico entre Paracolobacter y Citrobacter C-3 en Universidad de Barcelona. Análisis de la contaminación fecal en el lamelibranquio Venus verrucosa en el Puerto de Mahón. Bol. Soc. Hist. Nat. Baleares, 23(1979) págs. 163-169. Estudio de la contaminación bacteriana en el Puerto de Mahón. Tomo XIX Año 1974. Instituto Español de Oceanografía, boletín nº 203 1975: Estudio de la contaminación bacteriana en el puerto de Mahón. Influencia de las condiciones ecológicas del mismo. Profesor de matemáticas, física y química y biología en IEM de Mallorca. Descubrió el Código Dalí con el que éste encriptaba sus mensajes en sus cuadros.

Birame Boye
(*) Birame Boye, doctor en química física por la Universidad de Barcelona, investigador free-lance asociado al grupo LEMMA - Laboratorio Electroquímica de Materiales y de Medio Ambientes; CES Ingeniería Sanitaria (sanidad pública, epidemiologia y paludología), Postgrado, EPFL - Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, Suiza; DESS Ingeniería Sanitaria, Postgrado, EIER - Ecole Inter-Etats des Ingénieurs de l'Equipement Rural (EIER), Uagadugú, Burkina Faso.

Objetivo

El objetivo principal es evaluar la relación entre la asistencia sanitaria y la incidencia de COVID-19. Una vez establecida esta relación, estudiaremos cuales son los factores o causas que influyen y en qué medida lo hacen. Distinguiremos entre asistencia sanitaria preventiva y hospitalaria. Este trabajo no pretende ser exhaustivo, sino simplemente presentar suficientes datos que demuestren dicha correlación y sus causas.

Resumen

En este estudio se demuestra que los países con una mejor asistencia sanitaria, según la clasificación de la OMS, presentan una mortalidad por COVID-19 muy superior a los países con menor asistencia sanitaria. En asistencia sanitaria preventiva influyen sobre todo las vacunas; y en la medicina hospitalaria los protocolos aplicados.

1. Introducción

En 14 de abril de 2020, Bartomeu Payeras publicó como adjunto de un video un estudio sobre la relación entre los casos de COVID-19 y la ubicación de las antenas 5G. En posteriores entregas, actualmente (25 junio/2020), el "Estudio sobre la distribución asimétrica de casos de COVID-19 y su relación con las redes 5G", se puede leer en internet como documento adjunto a los siguientes enlaces (1). En el capítulo 1. 1 "África y Sudáfrica" ya se trata el tema de la asistencia sanitaria... "Un primer análisis muy superficial, que frecuentemente se hace, es el de suponer que en países con una mayor cobertura sanitaria la tasa de mortalidad por COVID-19 es inferior; pero aquí utilizamos el nº de contagios y no el de defunciones. Pero sí sabemos, y los números lo confirman, que los países con una mayor mortalidad, son países con una tecnología y recursos sanitarios muy superior a la media africana; cosa que de entrada invalida la tesis inicial".
Aquí pues lo analizamos ahora con más profundidad.

(1) en español: https://www.bitchute.com/video/WIPxzwK1wMNT/
en frances: https://www.bitchute.com/video/X9QWRCZhniic/
en inglés: https://www.bitchute.com/video/KbsW3kUs5C9T/

2. Material y metodología

Nos basamos en el material publicado procedente de fuentes oficiales o informaciones contrastadas. Elaboraremos datos estadísticos para tratar de responder a los objetivos establecidos.

En relación a la metodología, nos centraremos en primer lugar a seleccionar cuales son los parámetros que más información aportan para poder responder a los objetivos señalados. Seguidamente elaboraremos los cálculos, discutiremos los resultados y llegaremos a las conclusiones.

Para eliminar al máximo los posibles errores estadísticos o errores contables de los datos facilitados por algunos de los países, tomaremos para calcular y comparar grupos numerosos de países.

3. Los factores y parámetros estudiados

La clasificación sanitaria de los diferentes países de todo el mundo. La cobertura de REM de la 5G. En relación a la estadística del COVID-19, estudiamos la Tasa de mortalidad (en adelante TM) La Tasa de letalidad (en adelante TL), el Índice (nº casos/1000h). En relación a la medicina preventiva tendremos en cuenta: la educación y cultura sanitaria, el confinamiento y la tasa de vacunación. En relación a la medicina hospitalaria tenemos en cuenta: el material sanitario y los protocolos aplicados. Siendo las directrices de la OMS aplicables en ambos casos.

Ranking sanitario.

No hay duda que un dato fundamental es la clasificación mundial que hace la OMS de los países en función de su asistencia sanitaria (AS.). Existen varios rankings sobre la clasificación de los distintos sistemas de salud que hay en el mundo.

Las REM-5G.

Ya hemos estudiado en el trabajo aludido la relación de la tecnología 5G con los casos de COVID-19. El nº de redes 5G de cada país viene publicada en la web de ookla 5G map (2) y se actualiza cada 7 días, y nos informa, aunque con mucho retraso (ver apartado B en la introducción del estudio), de la ubicación de redes 5G en el mundo.

(2) https://www.speedtest.net/ookla-5g-map

Tasa de Mortalidad.

Otro parámetro es el de la mortalidad expresada que es el cociente entre nº muertes/población por 1000h. La T.M. es más ilustrativa de la difusión e importancia de la enfermedad, y la podemos relacionar, como veremos, con la eficacia de la medicina preventiva. La T.M. debería verse aumentada si no se han tomado medidas sanitarias preventivas o estas han sido equivocadas o contraproducentes. Por ejemplo, dos países con la misma población, uno con 5G y otro no. Si en el 1º hay 4.000 casos y en el segundo 2.000, la T.M. (muertes/población) se vería aumentada, ya que, al haber más

casos, lógicamente habría más muertes (numerador), mientras que el denominador se mantiene constante (población).

La Tasa de Letalidad.
Es el cociente entre nº muertes/nº casos x 100. No tiene en cuenta la población de un país. Al compararla entre países nos da una idea de la efectividad en cuanto al tratamiento de una enfermedad, por lo que será un indicador de la asistencia hospitalaria. Si partimos de que en los países con buena asistencia sanitaria los enfermos son tratados preferentemente por los servicios sanitarios, cabe preguntarse entonces por su eficacia. Es lógico pensar que si por ejemplo en un hospital atienden a 200 pacientes de cáncer y se mueren 15, la tasa de Letalidad (15/200) será la misma si atienden a 600 y se mueren 45 (45/600). Por esto es importante saber porque en Francia de cada 100 afectados de COVID-19 se mueren 18,8 y en cambio en Nigeria se mueren 0,21.

El "índice".
Expresada por la relación nº casos/1000h, es el parámetro que utilizamos para poder comparar la proporción de casos de COVID-19 entre diferentes zonas. Es útil en muchos casos como ya lo hemos hecho para evaluar la incidencia de las REM 5G, y en este caso nos servirá para evaluar la efectividad del tratamiento preventivo de las vacunas, o el grado de confinamiento.

Directrices de la OMS.
Los protocolos aplicados en los países con asistencia hospitalaria han sido los que ha dispuesto la OMS a través de los respectivos ministerios de sanidad de cada país. Especialmente en esta pandemia las directrices se han aplicado de manera estricta y con un seguimiento y control exhaustivo, dejando prácticamente anulada la iniciativa y saber profesional de los médicos. Nos referimos a los protocolos de medicina preventiva, a los terapéuticos del COVID-19 y a la gestión de los datos contables sobre las causas de las defunciones.

Protocolos preventivos.
El éxito ante una enfermedad depende en gran parte de las medidas preventivas que se hayan tomado. En relación con las enfermedades infecciosas, las directrices impulsadas por la OMS en los últimos años han estado centradas exclusivamente en la aplicación generalizada de vacunas; vacunas que no son gratuitas y en donde entran factores de negocio que aquí no tratamos. Los países pobres con poca cobertura sanitaria, a diferencia de los más ricos y con mejor asistencia hospitalaria, han optado históricamente por aplicar otros remedios preventivos como son por ejemplo los antipalúdicos o medicina natural. Como veremos, esto ha podido influir en los resultados. También los gobiernos son en gran parte responsables de haber tomado, o no, medidas preventivas en el sentido de haber dispuesto de unas partidas presupuestarias para material

médico adecuado por si se producía una pandemia. También de haber dispuesto con antelación de espacios habilitados para la atención médica en previsión de un colapso de los hospitales. También lo son del uso de los medios de comunicación para instruir a la población sobre cómo mejorar la salud y el sistema inmunitario de los ciudadanos y poner a su disposición medios y substancias para conseguirlo. Y todo ésto en muchos países no se ha hecho. En general se han limitado a transmitir los consejos de la OMS que han resultado erráticos y poco o nada fundamentados científicamente; consistiendo básicamente en consejos de higiene personal, confinamiento y uso de mascarillas, siendo estos dos últimos de dudosa eficacia.

Material sanitario.

Una buena asistencia médica u hospitalaria puede depender de que se disponga del material médico necesario para poder efectuar el diagnóstico y tratamiento adecuado. Ponemos como ejemplo los tests, los respiradores y las mascarillas. Los tests de diagnóstico, elaborados según los patrones de referencia de la OIE (3), entidad relacionada con la OMS, han resultado poco fiables, además de que en muchos países han resultado insuficientes y han llegado con mucho retraso. Los respiradores recomendados para el tratamiento de la COVID-19, han resultado ineficaces e incluso perjudiciales. Las mascarillas de alta protección para el personal sanitario han sido en general insuficientes en las primeras fases de la pandemia y también han sido suministradas con retraso. Las recomendaciones que la Unión Europea hizo a sus miembros en cuanto a previsiones presupuestarias y sanitarias ante una posible pandemia, no se han cumplido en muchos países, como es el caso de España. Naturalmente, todo esto actúa negativamente en cuanto a la eficacia del tratamiento y ha afectado sobre todo a los países con mayor capacidad económica y asistencia hospitalaria, ya que estos materiales estaban incluidos en sus protocolos.

(3) https://www.oie.int/fileadmin/Home/esp/Our_scientific_expertise/docs/pdf/Reagents/E_GUIDELINE_PCR_STANDARDS.pdf

Medicamentos.

Un mal diagnóstico puede ser el inicio de una mala gestión médica. La clase médica ha confesado repetidamente que ante esta enfermedad se ha visto desbordada y derrotada. Al no conocer la causa que lo provoca, no han acertado con el diagnóstico, centrando su actuación en combatir la “infección” y la hipoxia que provocan la sintomatología inflamatoria pulmonar. Por otra parte, se ha diagnosticado o cargado a la lista de defunciones como COVID-19 otras afecciones y muertes (ver gráfico 1.3.11). No es lo mismo morir por causa del SARS-CoV-2 que morir por otra causa y a la vez dar positivo en el test de COVID-19. Los resultados están a la vista. Es países con alto grado de asistencia hospitalaria, no solamente no se ha permitido utilizar otras substancias terapéuticas a pesar de que estaban siendo efectivas en otros países, sino que se ha prohibido su uso; todo confiando en la llegada de la “solución” a través de una vacuna.

Confinamiento.
La incidencia del confinamiento en la tasa de contagios se evalúa comparando países con diferentes grados de confinamiento o cuarentena. En el capítulo 1.2.11 y gráfico 1.3.8 ya tratamos el tema en Sudamérica extrapolando los datos al resto del mundo. Ahora, a 15 de junio podemos añadir que el confinamiento no es una garantía de éxito frente a esta pandemia. En Europa tenemos el caso de Bielorrusia, que sin 5G y sin ningún tipo de confinamiento no presenta hasta ahora unos índices elevados de contagios; si bien últimamente ya aparece en el mapa con redes 5G y un aumento de su incidencia de COVID-19. En cambio, un alto grado de confinamiento y prolongado en el tiempo, impide la inmunización de la población a ésta o a cualquier pandemia. De todas maneras, hay que esperar a ver los resultados finales de esta pandemia para ver cómo ha afectado el confinamiento a las tasas de contagio.

Las vacunas.
Dentro de la medicina preventiva, está la administración de vacunas. La política de vacunación ha sido uno de los temas centrales de la OMS. No entramos ahora a valorar su idoneidad en otras enfermedades, pero debemos hacerlo en relación al tema que tratamos. Diversas autoridades en la materia han manifestado que gran parte de los casos de COVID-19 los han padecido personas que habían sido vacunadas contra la gripe en los últimos años. Conviene acompañar estas afirmaciones con datos numéricos. Lo hacemos en el siguiente apartado 4.4 y en los gráficos correspondientes.

4. Resultados

4.1. Relación Asistencia sanitaria - Tasa de mortalidad.
Este estudio empezó al observar unos resultados sorprendentes al comparar el grado de asistencia sanitaria (A.S.) y la T.L. (muertes/casos) de diferentes países. Para comprobarlo, escogimos un número suficientemente amplio de países para eliminar posibles "errores contables" de algunos de ellos. Datos estadísticos: Fuente OMS, JHU,, 14-15 junio 2020 y siguiente enlace (4).

Escojemos los 45 países con mayor TM/1000 h
Escojemos los 45 países con menor TM/1000 h (descartamos los que no presentan datos)

En primer lugar observamos su distribución geográfica en función de la clasificación de la OMS del nivel de la AS según se publica en este enlace (5):

La distribución geográfica de los 45 con mayor TM es la siguiente: Europa: 28. América 13. Asia 3. África: 1 (Santo Tomé y Principe)

La distribución geográfica de los 45 con menor TM: África: 28. Centro y Sudamérica 5. Asia 12. Oceanía 0. Europa 0

Tabla 1: Distribución geográfica de los 45 países con mayor y menor TM

AS/CONTINENTE	EUROPA	ASIA	AMERICA	AFRICA	OCEANIA
Mayor TM	28	3	13	1	0
Menor TM	0	12	5	28	0

Calculamos ahora los valores TM/1000h de los 45 primeros, en grupos de 15 y en total.
Valor medio de 45 países con mayor TM:
Valor medio **1-45 = 0,1736**
Valor medio de 45 países con menor TM:
Valor medio **146-190 = 0,0047**

Si consideramos que los países europeos deben tener mejor asistencia sanitaria que en África, sus valores de TM deberían ser inferiores; sin embargo los resultados nos dicen lo contrario
- La TM del primer grupo es 36,9 veces superior a los 45 países del segundo grupo. (Gráficos Anexo 2A, 2B, 2BB)
- Los países europeos se concentran en el grupo de países con mayor tasa de mortalidad y los africanos con los de menor tasa de mortalidad.

Al tener Europa un mayor grado de asistencia sanitaria que África no parecen lógicos estos resultados. Es por esto que decidimos investigar la relación Tasa de letalidad por COVID-19 y asistencia sanitaria en los grupos antes mencionados de Europa y África.

(4) https://www.rtve.es/noticias/20200615/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml
(5) https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

4.2 Relación Asistencia sanitaria - Tasa de letalidad, en Europa y África
Para comparar la T.L. de estos dos grupos partimos de la clasificación de 190 países sobre su nivel de asistencia sanitaria. Existen varios rankings sobre la clasificación y las posiciones varían; así que utilizamos una lista en que se ha realizado una media de diferentes variables, teniendo en cuenta los criterios de la Organización Mundial de la Salud. (6)

En el 1º grupo de 45, vemos que 25 son países europeos y el último, del 145 al 190, 33 son africanos. Acabamos de evaluar los dos grupos de países de los 5 continentes por orden de lista (apartado 4.1), y ya hemos visto que la T.M. de los de mejor sanidad es ca. 37 mayor que la de los de peor sanidad. Vamos ahora a repetir éstos y otros cálculos extrayendo de la lista los dos grupos, el de África y el de Europa y en ellos calculamos ahora la T.L y otros parámetros en ambos grupos. Extraemos los datos numéricos a 14-15 junio 2020 (7).

TM = nº muertes/1000h TL = (nº muertes/nº casos) x100
Índice = nº casos/1000h nº Redes 5G: redes instaladas en Europa y África
AS = Promedio de la posición en la lista de 190 países de la OMS.
Tomamos el valor superior de cada parámetro como 100% y el otro en % del superior.

	TM	%	TL	%	índice	%	AS	%	Redes 5G	%
África	**0,007**	2,40	**2,21**	31,7	**0,30**	7,6	**170**	10	**15**	0,6
Europa	**0,29**	100	6,96	100	**3,95**	100	**17**	100	**2578**	100

Tabla 2. He aquí un resumen de las tablas de los gráficos 2A y 2B
Observaciones:
- Si los países de diferentes continentes están mezclados en la lista, la TM de los de mejor sanidad es 37 veces superior. Mientras que ahora vemos que si los dividimos en dos grupos, la del grupo europeo es ca. 41 veces superior a la del grupo africano, con lo que la diferencia se incrementa un 8,5%. Esto es lógico ya que en Europa posiblemente se concentran los de mayor asistencia y en África los de menor asistencia.(Gráfico Anexo 2.BB)
- El que no exista una marcada diferencia entre si los grupos se forman entre países europeos y africanos o entre países de todo el mundo nos permite extrapolar a todo el mundo, éstos y los resultados que a continuación presentamos, en función de su asistencia sanitaria. (Gráfico Anexo 2.C)
- La T.L. de Europa es ca.3 veces la de África.
- El índice de los países europeos es 13 veces superior al de los africanos.
- El nº de redes 5G instaladas a 17/junio/2020 es escandalosamente superior en Europa; 172 veces más.
- En cambio, sorprendentemente, la Asistencia sanitaria, según la OMS, resulta muy inferior en África que en Europa.

Comentario: Si tomamos como válidos los datos publicados por la OMS, sigue habiendo algo que no encaja. El postulado de que en los países con mejor asistencia sanitaria debería haber menor proporción de muertes por una determinada enfermedad, en este caso no se cumple; y no se cumple por un inmenso margen de diferencia que no deja lugar a dudas.

Con todos estos cálculos queda sobradamente demostrada la correlación directa entre asistencia sanitaria-muertes por COVID-19. Como todo debe tener una explicación, nos preguntarnos por las causas. Pero antes de tratar las causas, conviene saber qué factores pueden intervienen en la ecuación. Vamos a dividir su estudio en tres aspectos: Factores que pueden influir, las causas y los ejemplos.

(6) https://clinic-cloud.com/blog/cual-es-la-mejor-sanidad-publica-del-mundo-segun-oms/

(7) https://google.com/covid19-map/?hl=es&mid=/m/0j799

4.3 REM 5G, COVID-19 y Asistencia Sanitaria.

Ya ha quedado demostrado que en territorios donde se ubicaban las redes 5G (o con REM de 4G+ de la 1º fase de la 5G que es la 5G NSA) los índices de contagios son más elevados que en los territorios sin 5G. Cosa que acabamos de comprobar en los cálculos efectuados entre paises europeos con 5G y africanos sin 5G. Cabría entonces la posibilidad de pensar que el aumento de la incidencia de COVID-19, que ahora observamos en países con alta asistencia sanitaria, fuera motivada exclusivamente por la existencia de redes 5G; ya que al ser países más ricos también pueden disponer de recursos para una mejor cobertura sanitaria.

Para poder responder a esta cuestión deberíamos ver lo que pasa cuando eliminamos la influencia de la 5G. Para ello deberíamos escoger dos grupos de países con la misma cobertura 5G y ver si la diferencia entre su asistencia sanitaria se corresponde con una diferencia de sus índices de COVID-19. La opción más lógica y asequible es el seleccionar dos grupos de países que no tengan instalada la tecnología 5G. Lo hacemos con datos de 1 de mayo de 2020 en que ninguno de ellos según el mapa de ookla tenía niguna red 5G.

Los resultados son los siguientes (ver Gráfico Anexo 2F):
- Los 10 países con mejor asistencia sanitaria (nº medio ranking =28) presentan un índice de COVID-19 que es 9,4 veces el de los países con peor asistencia sanitaria (nº ranking = 184).
- Con esto queda demostrado que eliminado el efecto de la 5G, continúa la relación directa entre una mayor cobertura sanitaria y una mayor incidencia de COVID-19.

4.4 Las vacunas

Como ya hemos dicho, dentro de la medicina preventiva está la administración de vacunas.

En relación a estudios estadísticos sobre el grado de vacunación en diferentes países; utilizaremos los procedentes de Eurostat y OMS.(8,9,10,11).

(8) https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191209-2
(9) https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/vaccination-coverage-second-dose-measles-containing-vaccine-country-2016-who-4(10)
(10) https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20171127-1
(11) https://sites.google.com/view/vaccinum2019/datos?authuser=0

A. Europa

En la Unión Europea en 2016 fueron vacunados contra la gripe (influenza) una media del 43% de los ciudadanos ≥ 65 años, en 2017 fueron 44,30% y en 2018 un 44,34%. En el gráfico Anexo 2F-B trabajamos con los datos de una hoja de cálculo de vacunación de la gripe del 2019-20 para ciudadanos ≥ 65 años (12). Entre los 24 países de Europa, seleccionamos para comparar dos grupos de países, los de valores superiores a la media (grupo A) y los de valor inferior a la media (grupo B). De esta manera sabremos si hay relación entre el % de población vacunada y el índice y muertes por COVID-19.

Los resultados son elocuentes:
- Entre el grupo A y el grupo B hay una diferencia de 36,7 puntos en el % de vacunación
- El Grupo A tiene un indice (casos/1000h), 368% más elevado que el Grupo B
- El Grupo A tiene una Tasa de mortalidad/1000h 640% más elevada que el Grupo B.
- Reino Unido 12 - Estonia 1. Este resultado no es el de un partido de futbol, es la desproporción en Tasa de mortalidad entre el primero y el último de la clasificación de países por su tasa de vacunación en Europa. Tasa de vacunación: R.U. 76% - Estonia 4,8. Tasa de mortalidad R.U. 0,629 % y Estonia 0,052. En este caso influye el Umbral de Percolación, es decir, cuando se vacuna más del 45% de la población adulta, los casos graves y la mortalidad se disparan.

Queda con esto demostrada la relación entre la tasa de vacunación en la población de ≥ 65 años o más vacunada de la gripe (influenza) en Europa y la incidencia del COVID-19.

(12) https://drive.google.com/file/d/17R89vQsjJSZzQ3JqwcMt3B0rHXYlVl3g/view

B. África

El problema surge al no poder obtener datos generales y actualizados de vacunación en África. Tenemos como referencia un trabajo publicado en la revista científica BMC Public Healdth (ver gráfico 2D) sobre las dificultades señaladas (13):
- "Los virus de la influenza causan una morbilidad y mortalidad significativas en África, particularmente entre los grupos de alto riesgo, pero las vacunas contra la influenza y los medicamentos antivirales pueden no estar comúnmente disponibles y utilizados. El objetivo principal de este estudio fue determinar la disponibilidad y el uso de vacunas contra la influenza y medicamentos antivirales, así como describir las directrices y políticas relacionadas existentes en África.
- Se distribuyó una encuesta autoadministrada entre los principales expertos en gripe de 40 países africanos.
- De los 40 países encuestados, respondieron 31 (78%); 14/31 (45%) informaron la disponibilidad de la vacuna contra la influenza estacional y 19/31 (65%) informaron la disponibilidad de medicamentos antivirales para el tratamiento de la influenza. Los datos de cobertura de la vacuna solo estaban disponibles para 4/14 (29%) países que in-

formaron la disponibilidad de la vacuna contra la influenza estacional y oscilaron entre <0.5% y 2% de la población."
Si extrapolamos los datos, significa que en 2015 la disponibilidad de la vacuna antigripal en África abarcaba alrededor del 1% de la población. Si así fuera y lo comparamos con Europa, significa aproximadamente entre 35-45 veces menos. Recordamos que anteriormente cuando hemos calculado la TM del grupo europeo, era 41,5 veces superior al africano. No deja de ser interesante que partiendo de puntos diferentes se obtengan unas cifras similares. De todas maneras es evidente que la vacunación antigripal en África es muy inferior a la europea y por lo tanto congruente con los resultados que vamos obteniendo de su TM. En el gráfico 2D comparamos la asistencia sanitaria de Sudáfrica con los otros países africanos. Y como ya hemos demostrado que la tasa de vacunación esta relacionada con el aumento de la incidencia de COVID-19, es perfectamente compatible que en África con mucha menos vacunación se den cifran inferiores en los parámetros estudiados excepto el de su nivel de asistencia sanitaria.

(13) https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-41

C. España
Esta correlación entre vacunación e incidencia de COVID-19 también se da cuando lo estudiamos en España. Así lo podemos ver resumido en el gráfico 2G donde podemos comparar las tasas de vacunación por la gripe de ≥ de 65 años en diferentes comunidades autónomas y sus cifras de casos y muertes por COVID-19. Al no disponer de datos de vacunación 2019-2020 utilizamos los resultados de la campaña 2018-2019. Los resultados son los siguientes:

- Las regiones con más % de vacunación presentan más casos y muertes por Covid-19 que las de menos % de vacunación.
- La Rioja (64,6 % vacunación) presenta 7 veces más casos/1000h que Baleares (41,5 % vacunación) y 6 veces más muertes/1000h. Otra vez asoma la sombra del Umbral de Percolación en La Rioja.

Es interesante comparar los datos de vacunación gripal y muertes en España y en Europa. En España la TM de las 9 comunidades con % de vacunación superior a la media, es 3,45 veces superior a la de las 3 con menor % de vacunación. Estos datos son compatibles con los que publicaron los médicos del Hospital de Barbastro (Zaragoza) en relación a que se han dado 6 veces más muertes en personas mayores de 64 años cuya vacuna contenía Polisorbato 80.
En Europa, hemos visto que los países con % de vacunación más elevado que la media, la TM es 6,4 veces más que los que están por debajo de la media.

D. Latinoamérica
A 28 de junio realizamos un breve análisis de la situación en Sudamérica constatando lo siguiente:
- Desde finales de mayo y el mes de junio se ha registrado un importante aumento de la incidencia del casos y muertes por COVID-19.
- Ésta se produce con varios meses de retraso en relación a Europa, Estados Unidos y Canadá.
- Hay 5 países que destacan respecto a los valores de los demás: Chile, Perú, Brasil y Ecuador. y Mexico. (gráfico 2H)

Ya hemos indicado, que según nuestra hipótesis, los dos factores que más influyen en la incidencia y mortalidad del COVID-19 son las REM 5G y la Asistencia sanitaria, y entre ésta, las vacunas antigripales. Veamos si los datos lo confirman o lo desmienten

1. Según un informe publicado en la revista Science (14):
"El equipo liderado por Colin Russell, científico de Cambridge, reveló que las nuevas cepas emergen en el este y sureste de Asia. Entre seis y nueve meses después llegan a territorios europeos y norteamericanos, para acabar meses más tarde en Suramérica. Las investigaciones se han llevado a cabo mediante el análisis de 13.000 muestras del virus A (H3N2), recogidos por la OMS entre 2002 y 2007. Los resultados de la investigación son especialmente importantes para algunos países del cono sur de Sudamérica que están en plena campaña de vacunación contra la gripe ante la proximidad del invierno en esa región."

2.- Las campañas de vacunación en el sur de América comenzaron entre marzo-abril del 2020 y se han prolongado hasta mayo-junio.

3.- Los datos de la "pandemia" en Europa y Norteamérica hay servido para sensibilizar y reforzar las campañas de vacunación.

4.- Según okkla 5G map las redes 5G el 14 de abril en Sudamérica eran 5, y dos meses más tarde, el 15 de junio eran 15. Esto concuerda con las noticias que nos llegan de que se está implementando rápidamente esta tecnología en esta región.

5.- En Forbes Digital se publica: "5 redes 5G comenzaron a operar en Latinoamérica durante 2019. Brasil, Chile y Perú fueron los mercados en los que mayor cantidad de ensayos se verificaron. Las bandas de 3,5 GHz y 28 GHz fueron las más empleadas en las pruebas realizadas. El relevamiento de 5G Americas incluye las pruebas anunciadas públicamente durante el año 2019 en 20 países de América Latina. Es preciso considerar que existen pruebas 5G que se no se informan públicamente y que forman parte del proceso de mejora de las redes de telecomunicaciones derivadas de inversiones en infraestructura de red. Tres países concentraron la mayoría de las pruebas 18,

equivalente al 60 por ciento del total. En Brasil se reportaron 10 ensayos, mientras que Chile y Perú aportaron 4 cada uno. Por lo menos cinco administraciones nacionales planean asignar espectro considerado como apto para 5G dentro de los próximos 18 meses [recuerden los 19 meses que la 3GPP prescribe para la 1º fase de la 5G que es la 5G NSA]: Brasil, Chile, Ecuador, México y Perú.(15) (Gráfico Anexo 2H). Es significativo que actualmente, (a 27 octubre), estos 5 países han escalado posiciones y figuran entre los 10 países con mayor T.M del mundo.

6. - "El Gobierno brasileño puso en marcha este lunes [23 marzo 2020] una campaña de vacunación contra la gripe con la que se propone inmunizar a 67,6 millones de personas, en su mayoría ancianos, con un novedoso sistema en el que no bajan de sus automóviles para evitar el riesgo de transmisión del coronavirus. (gráfico 2H)
En su primera etapa, hasta el 22 de mayo 2020, la campaña se propone inmunizar al menos el 90 % del público al que está dirigida, que son los mayores de 60 años (20,8 millones de personas) y las personas que trabajan en el sector salud y están más expuestos a los virus. (gráfico 2H)
La segunda fase de la campaña comenzará el 16 de abril 2020 y se destinará a enfermos crónicos, profesores y profesionales de las fuerzas de seguridad y de rescate.
La última fase, con comienzo previsto para el 9 de mayo, tendrá como blanco niños de hasta 6 años, personas de entre 55 y 59 años, gestantes, indios, funcionarios del sistema carcelario y presos." Agencia EFE 23/ marzo/2020 (16)

- Destacamos la palabra "indios", ya que ha llamado mucho la atención que en los estados brasileños con elevada población indígena tuvieran altos índices de COVID-19.

7.- En Chile 95% de la población de riesgo ha sido vacunada contra la gripe según datos del Ministerio de Salud(17). En 2019 fue del 85% (18).
Chile es el nº 33 de lista OMS de asistencia sanitaria, por delante de paises auropeos, es el país de Sudamérica con mayor tasa de mortalidad

8. - Según la OMS: A finales de 2018, la vacuna contra la Hib se había introducido en 191 países. Se estima que la cobertura mundial con tres dosis de la vacuna contra Hib es de un 72%. Hay grandes disparidades entre las regiones. En la Región de las Américas y la Región de Asia Sudoriental, se calcula que la cobertura es del 87%, mientras que en la Región del Pacífico Occidental es solo del 23%.

(14) https://www.20minutos.es/noticia/370202/0/viaje/virus/gripe/
(15) https://www.forbesargentina.com/negocios/5-redes-5g-comenzaron-operar-latinoamerica-durante-2019-n2707
(16) https://www.lavanguardia.com/vida/20200323/4871021566/brasil-vacuna-contra-gripe-en-los-automoviles-para-evitar-el-coronavirus.html

(17) https://lta.reuters.com/articulo/salud-latinoamerica-covid-idLTAKBN23X2EH-OUSLT
(18) https://www.youtube.com/watch?v=Ve_VK5_RjdQ

Discusión y conclusiones de este apartado:
Además de la influencia de la implantación de redes 5G, los valores de tasa de vacunación que se manejan en Sudamérica son superiores a los de Europa ca. 36% y EE.UU de 59.6% entre adultos ≥65 años(19).
Con lo dicho queda claro que los datos actuales de la incidencia de COVID-19 en Sudamérica, y más concretamente en los 4 países citados, Chile, Brasil, Perú y Ecuador, coinciden los dos factores nombrados en la hipótesis: Aumento de las redes 5G y las altas tasas de vacunación contra la influenza superando el Umbral de Percolación..

(19) https://www.cdc.gov/flu/fluvaxview/coverage-1718estimates.htm

5. Discusión de resultados
Antes de entrar en la discusión de los resultados, hay que comentar un pequeño detalle que puede tener mucha importancia. Se trata de la "gratuidad" de las vacunas de la gripe. Al ser Estonia el único país de la U.E donde la vacuna no es gratuita, se le puede administrar a un ciudadano por unos 20 eu. En los países donde se administra "gratuitamente", en definitiva, son indirectamente los ciudadanos que con sus impuestos la pagan; dinero que los estados abonará a la compañía farmacéutica correspondiente. Siendo a la vez Estonia el país europeo con menor tasa de vacunación y a la vez ser uno de los países con menor Tasa de mortalidad; convendría replantearse algunas estrategias económicas y sanitarias.

De entre todos los factores que influyen en esta desproporción de resultados, debemos centrarnos ahora en los que están relacionados con la asistencia sanitaria. Dentro de la asistencia sanitaria debemos distinguir dos apartados, el de la medicina preventiva y el de la hospitalaria.

Para la evaluación de resultados de la medicina preventiva los hemos relacionado con el índice de COVID-19. La T.M. se vería directamente influenciada por un aumento o disminución del índice, ya que a más casos/1000h corresponderán lógicamente más muertes/1000h; es por esto que para comparar, ambos valores son igualmente válidos.

Para la evaluación de los resultados de la medicina hospitalaria hemos relacionado los mismos resultados con la T.L. debido a que aquella no influye en que se produzcan más o menos casos, sino que la asistencia actúa una vez que se ha manifestado la enfermedad. Entre los que más influyen en la T.L. están las REM-5G y la asistencia hospitalaria.

Según los resultados de este estudio, los factores que más influyen en el índice de COVID-19 son las REM-5G y la medicina preventiva; y entre éstas, las vacunas.

Algunos ejemplos

Aun a pesar de que al escoger casos concretos la correlación entre los parámetros estudiados no es tan fiable, nos puede ayudar a comprender ciertos datos que a primera vista parecen desconcertantes.

- Que San Marino hasta hace poco era el nº 1 del mundo en índice de COVID-19 (ahora el 2º superado por Catar), que se mantiene como el nº 1 del mundo en T.M, se comprende por ser el primer estado del mundo en aplicar la 5G y ser uno de los que mejor cobertura 5G tiene (1 red/34.000 habitantes). También tiene una T.L. de 6,05 similar a la media de los 25 países europeos, y en cuanto a asistencia sanitaria ocupa el 3º lugar.

- Francia tiene un índice (2,35) inferior a la media europea (3,95), congruente con tener muy poca cobertura 5G; según ookla 5G map, en Francia solamente hay 10 redes en fase de pre-lanzamiento, frente a su vecino Bélgica con 87 o Países Bajos con 544. Pero en cambio es el nº 1 de Europa y del mundo en T.L. (18,78), congruente con ser el nº 1 mundial en asistencia hospitalaria. Es evidente que la alta letalidad no pueden ser atribuida exclusivamente a la 5G.

- Catar. El país más rico del mundo, actualmente es el nº 1 en el índice delante de San Marino; congruente con ser un estado que en su capital Doha, que es donde se acumula la mayoría de la población, dispone de 4 redes 5G (una /480.000h). Mientras que ciudades de países con alto índice de COVID-19, pero inferiores a Catar presentan relaciones redes/hsuperiores, como Madrid tienen 1/3,2 millones h., Barcelona 1/1,6 millones h., Milán 1/1,4 millones h. Otra clara relación entre la tecnología 5G y el índice de COVID-19. Pero Catar no ocupa los primeros puestos en asistencia sanitaria, por esto no es de extrañar que ocupando el puesto nº 44 su T.L sea de 0,09, más propia de países africanos que de europeos.

Todo lo anterior nos confirma que a grandes rasgos debemos considerar la asistencia sanitaria hospitalaria más vinculada a la Tasa de letalidad, mientras que la asistencia sanitaria preventiva a la variación del nº del índice de COVID-19

6. Las causas

- En primer lugar, hay que centrar la pregunta y la respuesta exclusivamente en esta "pandemia", que es lo que analizamos y para la que presentamos datos y conclusiones.

Europa: Sin pretender una relación exhaustiva de las causas, enumeramos algunas que al combinarse nos pueden dar una explicación de los resultados obtenidos: Mala o escasa previsión de medios; carencia y retraso en la adquisición de material; escasa o nula

educación sanitaria de la población; medidas de restricciones a la población sin base científica que lo avale; injustificados fallos de diagnóstico y tratamiento; fraude contable en las listas de defunciones; crítica, censura y prohibición de otras terapias distintas a las prescritas por la OMS, campañas de la OMS y vacunación masiva de la población. La combinación de todo esto es un magnífico caldo de cultivo para que los resultados sean altamente negativos.

Solamente se pueden seguir las directrices de la OMS en cuanto a protocolos médicos en los países que tengan hospitales. En los demás países es de suponer que aplicaran y que han aplicado las terapias que han creído más oportunas o que han visto que resultaban más efectivas.

África: Con mucha menor asistencia sanitaria. No existe una drástica separación entre medicina hospitalaria y medicina natural, sino más bien una simbiosis, y eso ocurre desde hace decenas de años. Aplicación de la medicina tradicional, utilización de los remedios tradicionalmente conocidos tanto para las enfermedades endémicas como para la gripe o influenza. Es de recordar que el Continente está viviendo la única pandemia real que es la de la malaria / paludismo. Acostumbrada a la prevención de la malaria, los especialistas en sanidad pública han llegado a la grata observación y el descubrimiento de que las mismas sintomáticas de la malaria engendran / engloban las de la gripe Por lo que, a cada vez que la persona padece los síntomas típicos de la gripe (malestar, mareo, dolores musculares, dolores de cabeza, dolor de barriga, sin mucha gana de hacer esfuerzos, mal sueño, falta de apetito, bajón de las papillas gustativa (perdida de sabor al comer), lo primero que se sospecha es la Malaria y es lo primero que se cura sistemáticamente. Curiosamente, en todos los casos al curarse la malaría, desaparece milagrosamente la gripe.

En base a lo avanzado aquí, el éxito de *Artemisia annua* frente a la gripe por corona virus sars-2 no sorprende a África, sino le conforta en su respeto a lo que la naturaleza le da como medio tradicional y natural de protección y prevención sanitarias.
Cabe destacar que *Artemisia annua* ha presentado sus credenciales por esta gripe y anteriormente por la malaría. No obstante, las tres plantas fetiches en la cura de la gripe, en general y en todas sus formas, en África y más exactamente África del oeste son: *Guiera senegalensis* (Niger), *Combretum micranthum* (Kinkeliba) y Ratt. Noticias como esta son ilustrativas de la actual política en medicina preventiva de los países africanos: “Hasta ahora, 37 países africanos han declarado su apoyo al tratamiento de coronavirus de Madagascar; Esto es más de la mitad de los 54 países independientes del continente africano.”(20)

Un aspecto muy relevante es también que el africano de África es una persona que convive en su día a día con los virus y de forma natural y que, tradicionalmente ha comido

siempre de lo que le da la madre naturaleza; está convivencia y el consumo natural refuerzan naturalmente su sistema inmunitario.
Todo lo anterior nos lleva a una conclusión que no deja de ser sorprendente: A mayor cobertura sanitaria, menor eficacia sanitaria frente a esta pandemia.

(20) https://www.myafricaupdates.com/2020/05/04/37-african-countries-declare-support-for-madagascars-coronavirus-treatment/?fbclid=IwAR3r6am8Buc9pmQOl7-

7. Los ejemplos

Otra vez insistimos en que este trabajo no pretende ser exhaustivo sino presentar un mínimo de evidencias que justifiquen la hipótesis de que una mala gestión sanitaria ha favorecido los índices de defunciones por COVID-19.

7.1 Francia

Según la clasificación de la OMS 2019 Francia ocupa la primera posición. "El sistema de salud francés es la envidia de muchos países de todo el mundo. La alta calidad de los servicios en el sistema público, las innovaciones médicas y la accesibilidad de la asistencia sanitaria pública convierten a Francia en un ejemplo de igualdad" (21).

- A principios de la crisis el Dr Didier Raoult ya curaba muchos pacientes en el hospital de Marsella. Médicos de Wuhan contactaron Dr. Raoult de Marsella y de ahí salió la idea de éste de comprobar la cloroquina. Lo hicieron y con resultados buenos pasando del 80%;
- El grupo de Dr. Raoult introdujo un componente, Azitromicina, y con la formulación Hydroxychloroquina (600mg) + Azitromicina (250mg), han obtenido hasta 93% de curación definitiva con paciente sin carga viral contagiosa;
- Poco después, el 13 de enero de 2020, la ministra de sanidad de Francia dispuso que la Hidroxicloroquina pasara a formar parte de la lista de productos tóxicos (no de medicamentos con receta médica, sino tóxicos). Una substancia que durante 70 años se ha administrado con éxito en Africa contra la malaria y sin efectos secundarios y que se ha utilizado en Francia, Europa y el Mundo, además de haber sido tomada por todo francés que ha estado en África.

(21) https://www.lainformacion.com/mundo/10-paises-mejor-sanidad-publica-mundo-y-espana-esta-entre-ellos/6513104/

7.2. Nueva YorK.

- Zev Zelenka es un médico que trabaja en Monroe, Nueva York, uno de los estados más afectados por Covidien-19.
- El grupo del Dr. Zev Zelenka introdujo el Sulfato de zinc (muy acertado) con la formulación: Hydroxychloroquina (200mg) + Azitromicina (500 mg) + Sulfato de zinc (220 mg), con RESULTADOS FORMIDABLES. De 700 pacientes con de 100% de

curación: 0 intubaciones, 0 muertos 0 hospitalizaciones. (Ver Carta Dr. Zev Zelenko a las autoridades al final de este anexo)
Estos importantes y contundente resultados, que podían significar una solución desde luego definitiva y poco costosa económicamente, ya se sabían en España y en Italia. Es del todo previsible que de haberse aplicado habría acabado con todo lo que siguió: muertes, restricciones inútiles de derechos humanos y violación y vulneración de los mismos en todo el Planeta.

7.3. Ibiza.
En el hospital Nuestra Señora del Rosario hicieron un ensayo con ozonoterapia en pacientes de COVID-19 (22).
El centro privado informó que la mejoría, se pudo apreciar tras dos o tres sesiones de tratamiento. Según nota del mismo hospital «Muchos pacientes que estaban a punto de ser intubados y conectados a ventilación mecánica han podido, gracias a la terapia con ozono, no solo evitarlo sino mejorar hasta el punto de no requerir oxígeno». Pues bien, el Ministerio de Sanidad Español no solamente no se interesó por este avance, sino que no autorizó que se ensayara en otros hospitales.

(22) https://www.diariodeibiza.es/pitiuses-balears/2020/04/09/policlinica-trata-ozonoterapia-pacientes/1135584.html

7.4. Ecuador.
Como publicamos en el Anexo 1, entre el 26 de marzo y el 19 de abril de 2020, se realizó un ensayo clínico consistente en la utilización del dióxido de cloro ($ClO2$) para el tratamiento del COVID-19. Lo llevaron a cabo médicos del AEMEMI, (Asociación Ecuatoriana de Médicos Expertos en Medicina Integrativa) con un éxito del 97%, aplicando los protocolos de Andreas Kalcker. Una vez conocida la noticia, la población del estado de Guayas y otras provincias están utilizando masivamente el dióxido de cloro para su prevención y curación. En esta pandemia, la utilización del dióxido de cloro como substancia terapéutica ha sido prohibida, se ha calumniado y denunciado a los que difundían sus propiedades, y censurados lo videos que trataban este tema, cuando precisamente el dióxido de cloro está aprobado como aditivo alimentario y para desinfectar las bolsas de sangre de transfusión.

7.5. Hospital de Barbastro (España)
Médicos del Hospital de Barbastro publican un estudio donde demuestran la correlación entre muertes por COVID-19 y la administración de vacunas en personas de ≥ 65 años (23). Ver resumen y enlace en Apendice 1 al final del Anexo 2.

En el informe se lee: "Con frecuencia, las vacunas se sirven en palets desde el laboratorio farmacéutico a los centros de administración, sin controles farmacéuticos básicos

ni de albaranes ni de lotes distribuídos. La vacuna antigripal tiene consideración de medicamento de receta, pero en la campaña de vacunación ni hay prescripción médica, ni se emiten recetas individualizadas por paciente, ni las vacunas son dispensadas en farmacia. La vacuna se administra “por protocolo”.

Es lógico pensar, que estos “protocolos” deben ser de aplicación general, como mínimo en toda España.

Citamos ahora uno de los interesantes detalles de este informe, por las repercusiones que pueda tener: “Es decir, por sí mismos, ni el polisorbato ni el coronavirus serían capaces de desencadenar la reacción de hipersensibilidad.” Esto significa que la muerte del paciente esta motivada o favorecida por la interacción de la composición química de la vacuna junto con la infección del coronavirus. Y si esto es así, alguien deberá dar explicaciones.

(23) https://issuu.com/tomeu-tomeulamo/docs/4_6025956231456229029

7.6. España.
En España ha habido mucha polémica en relación a la “selección” de los pacientes que debían ser tratados debido según informaciones a la falta de espacio o de material sanitario. Aquí tienen una muestra de ello. En el Congreso de los Diputados de España, Cintia Pascual Montañés, Presidenta de la Patronal de Residencias de Ancianos de la Comunidad de Madrid explica cómo los médicos entraban en las residencias de ancianos y ordenaban administrarles cloruro mórfico (para acabar con su vida) sin su consentimiento ni el de sus familiares.(24)
En este enlace pueden leer y ver un sospechoso informe sobre una adjudicación a “dedo” de una partida de 200 respiradores por valor de 8.200.000€ (41.000 eu. cada uno) a una empresa llamada Tec Pharma Europe SL.(25)

(24) https://d.tube/#!/v/iberianfury11/QmZkxhBouXJvFpTgvWdKoQiHS7Gfu-QZv1PkUsMJxaNktRR
(25) https://www.dolcacatalunya.com/2020/05/la-misteriosa-empresa-a-la-que-el-gobierno-compro-respiradores-por-8-200-000e/

– – –

Estos ejemplos son una muestra de la política seguida por la sanidad oficial por países de la OMS. Una política que en esta “pandemia” está resultando errática y muy cuestionada. En definitiva, un estudio para continuar completando, pero que con lo visto queda claro que la política sanitaria marcada por la OMS en esta “pandemia” ha sido desastrosa juzgando por los resultados obtenidos hasta la fecha. El confiar toda su estrategia en una terapia (la vacuna) que todavía no existe ni se sabe su eficacia, y rechazar la

aplicación de tarápias que en cambio han demostrado su eficacia, la convierte en gran parte en responsable civil y penal de este fracaso en bienes y vidas humanas.

8. Conclusión
1º. Los países com mejor asistencia sanitaria, según la clasificación de la OMS, presentan valores muy superiores en Tasa de mortalidad, Tasa de letalidad y índice de casos de COVID-19 que los países con menor asistencia sanitaria.

2º. Hemos comprobado que la anterior conclusión se cumple comparando los valores de diferentes países de todo el mundo, y especialmente entre europeos y africanos.

3º. Con los datos que disponemos de América, de la Unión Europea y de España, la vacunación de las personas ≥ de 65 años, influye en una mayor tasa de mortalidad por COVID-19.

4º. El resultado del estudio confirma que las directrices de la OMS en esta "pandemia", tanto en medicina preventiva como en protocolos de asistencia hospitalaria, han resultado contraproducentes, infructuosas, erráticas y carentes de base científica.

* * *

CARTA A LAS AUTOIDADES; DR Zelenka, Monro, NEW YORK vs COVI-19: 100% DE 500 CASOS SIN MUERTOS NI HOSPITALIZACIONES

Según la OMS, Zev Zelenka es un médico que practica en Monroe, Nueva York, uno de los estados más afectados por Covid-19. Escribió una carta abierta al presidente Trump y médicos de todo el mundo para compartir sus éxitos en el tratamiento de 500 pacientes con riesgo de síntoma Covid-19. Esta carta fue tomada por varios medios de comunicación estadounidenses y franceses. A continuación, se muestra una traducción de las más fieles posibles, pero hay que tener en cuenta esta información con todas las precauciones necesarias.

"Muertes cero, hospitalización cero y ningún intubación"

"Me llamo Dr. Zev Zelenka y hago medicina en Monroe, Nueva York. Durante los últimos 16 años, he tratado aproximadamente el 75% de la población adulta de Kiryas Joel, que es una ciudad de 35.000 habitantes, en la que la infección se ha extendido rápidamente y sin control antes de la medidas de distanciamiento social.
Hasta la fecha, mi equipo ha probado aproximadamente 200 personas de esta ciudad para Covid-19, y el 65% de los resultados han sido positivos. Extrapolando estas cifras

a la población general, significa que actualmente más de 20.000 personas están infectadas. En este grupo, calculó que hay 1.500 pacientes que se encuentran en la categoría de alto riesgo (es decir,> 60, immunosupressos o con comorbilidades, etc.).

Dada la urgencia de la situación, desarrollé el protocolo de tratamiento siguiente en un entorno prehospitalario y solo obtuve resultados positivos.

- Se trata cualquier paciente con respiración corta, independientemente de la edad.
- Se trata cualquier paciente de la categoría de alto riesgo, incluso con síntomas leves.
- No se tratan pacientes jóvenes, sanos y de bajo riesgo, incluso con síntomas (a menos que su situación cambie y entren en la categoría 1 o 2).

Mi receta es la siguiente:

- Hydroxychloroquine 200 mg dos veces al día durante 5 días
- Azitromicina 500 mg una vez al día durante 5 días
- Sulfato de zinc 220 mg una vez al día durante 5 días

La justificación de mi receta se basa en los datos disponibles en China y Corea del Sur con el estudio reciente publicado en Francia (lugares disponibles a petición). Sabemos que la hidroxicloroquina ayuda el zinc a entrar en la célula. Sabemos que el zinc ralentiza la replicación viral dentro de la célula. En cuanto al uso de azitromicina, postulo que previene infecciones bacterianas secundarias. Estos tres fármacos son bien conocidos y generalmente bien tolerados, lo que conlleva un riesgo bajo para el paciente.

Desde el jueves pasado, mi equipo ha atendido aproximadamente 350 pacientes a Kiryas Joel y otros 150 pacientes de otras zonas del estado de Nueva York con el mismo tratamiento.

Según los comentarios que he podido obtener de los equipos médicos, hemos tenido CERO muertes, CERO hospitalizaciones y CERO intubaciones. Además, no he sentido efectos secundarios diferentes del 10% de los pacientes con náuseas y diarrea temporal.

En resumen, mi recomendación urgente es empezar el tratamiento ambulatorio tan pronto como sea posible de acuerdo con la anterior. Según mi experiencia directa, previene el síndrome de angustia respiratoria aguda (ARDS), evita las hospitalizaciones y salva vidas.

Con mucho respeto,
Zev Zelenko

PS: Una semana más tarde, una francesa le entrevistó y en ese momento su grupo estaba a 700 pacientes siempre con el mismo excelente resultado (26).

(26) https://www.afrik.com/chloroquine-et-covid-19-didier-raoult-confirme-aux-usa-0-deces-sur-700-cas-traites-a-20-dollars-video

Anexo 3

LA PRUEBA QUE FALTABA

En cuestiones científicas se pueden formular todo tipo de hipótesis; pero debe probarse. Es lo que hemos intentado hacer en este estudio, pero faltaba la prueba definitiva. En las conclusiones afirmábamos "Una fórmula para poder confirmar la causa-efecto de la relación estudiada, sería el poder desconectar, como mínimo y como medida preventiva, las redes 5G y ver los resultados de la evolución de los casos de COVID-19."



Aparentemente parecía que no se ha atendido a nuestra solicitud para comprobar definitivamente si la hipótesis de la causa-efecto es cierta. Pero sí se ha hecho: En Suiza, la voluntad popular se impuso y el parlamento decretó el 4 de abril del 2020 la moratoria 5G.

Es interesante ver lo que ha ocurrido en este estado y compararlo con otros los países europeos que no ha adoptado ninguna medida de precaución. En la gráfica de curva de la evolución de casos se ve claramente un punto de inflexión que se produce aproximadamente a principios de abril No solamente esto, sino que los números lo confirman. Hemos seguido la evolución de los últimos meses y aquí les presentamos los resultados.

País	1-mayo	30-junio	+ %
SUIZA	3,45	3,72	**7,77**
Alemania	1,96	2,35	20,05
Austria	1,75	2,01	14,57
Francia	1,94	2,45	26,39
Italia	3,46	3,98	15
España	4,58	5,32	16,16
Reino Unido	2,87	4,72	64,32
Bélgica	4,17	5,37	28,7
Suecia	2,06	6,65	222,8
Dinamarca	1,64	2,24	36,28
Luxemburgo	6,25	7	12
Norruega	1,46	1,67	14,24
P. Bajos	2,27	2,93	28,94
Irlanda	4,2	5,23	24,57
Grecia	0,24	0,32	31,66
Portugal	2,46	4,15	68,57
Finlandia	0,91	1,31	43,62
Hungría	0,3	0,42	41,33
Polonia	0,34	0,9	164,4
Turquia	1,46	4,41	65,27
Bielorrusia	1,57	6,51	315

Como ustedes pueden comprobar en el gráfico, desde el 1 de mayo al 30 de junio el incremento del índice (casos/1000h) ha sido de un 7,7%. El valor medio del incremento de otros 20 países europeos ha sido del 48,56% lo que representa que Suiza, además de ser el país en que menor aumento se ha producido, es un 630% inferior al valor medio.

Creemos que si después de estos datos, no se desconectan las redes 5G,estaremos hablando claramente de prevaricación.

* * *

Anexo 4 **HOSPITAL DE BARBASTRO** (España)

Una vez la primera versión este estudio estaba a punto de suy difusión, tenemos conocimiento de un estudio efectuado por el Hospital de Barbastro en Huesca (España) (27). Las conclusiones a las que llegan coinciden exactamente con las que acabamos de exponer. Dada su trascendencia lo resumimos (en negrita añadido):
Título: **Posible causa de la pandemia por coronavirus:Interferencia inmunológica entre el POLISORBATO 80 de la vacuna antigripal adyuvada y el SARS-CoV-2**.

Resumen:
Partiendo de un análisis epidemiológico de las defunciones por COVID-19 en el Sector Sanitario atendido por el Hospital de Barbastro, y del estudio de la historia farmacoterapéutica de los pacientes afectados, se encontró que el fármaco más común a todos los fallecidos era Chiromas®. Esto llevó a plantear la hipótesis de que la vacunación antigripal de la campaña 2019-2020 pudiera estar asociada a un mayor riesgo de fallecimiento por COVID-19 en mayores de 65 años, es decir, ala sospecha de una posible yatrogenia, sospecha que se confirmó al acceder a datos de otro sector. ....
Resultados:
El primer dato relevante encontrado es el hecho de que los 20 fallecidos en el Sector eran todos mayores de 65 años. De ellos, 17 tenían registrada la administración de la vacuna y su lote por parte de Atención Primaria, y de los otros 3 no consta. Los vacunados contra la gripe representarían por tanto como mínimo el 85% del total de fallecidos. ...
Se accede a los datos de una residencia de ancianos que contaba a fecha 08/11/2019 con 94 internos, de los que 25 han fallecido por COVID-19, lo que revela el hallazgo de que han fallecido más personas en esa residencia de ancianos con 94 internos (25 fallecidos) que en nuestro sector sanitario de 100.000 (20 fallecidos), en una proporción 1000 veces superior. De los 80 vacunados, han fallecido 24, el 30%. De los 14 no vacunados, 13 continúan con vida en la actualidad, y ha fallecido 1. Es decir, ha fallecido el 7%. Por tanto, la tasa de fallecimiento en los vacunados registrados cuadruplica la de los no vacunados, para una muestra ya importante de 94 individuos.

Discusión.
...Se pasó a analizar el estado actual de la Farmacovigilancia de vacunas en España, con los siguientes hallazgos relevantes:
- Las vacunas de la gripe son medicamentos cuya composición cambia cada año, pero extrañamente no llevan triángulo negro de seguimiento adicional.
- La vacuna antigripal tiene consideración de medicamento de receta, pero en la campaña de vacunación ni hay prescripción médica, ni se emiten recetas individualizadas por paciente, ni las vacunas son dispensadas en farmacia. La vacuna se administra "por protocolo".
- Con frecuencia, las vacunas se sirven en palets desde el laboratorio farmacéutico a los centros de administración, sin controles farmacéuticos básicos ni de albaranes ni de lotes distribuídos.
- El documento sobre el Plan de Farmacovigilancia de las Vacunas Pandémicas de la AEMPS es de fecha 14 de octubre de 2009 (12), es decir nada menos que anterior a la fecha en que se demostró la

asociación del uso de la vacuna antigripal Pandemrix® con un incremento de riesgo de narcolepsia de 4 a 9 veces superior en niños y adolescentes vacunados con respecto a los no vacunados (13).

Conclusiones

... nos permiten proponer un hipotético mecanismo para la posible interferencia inmunológica, que requiere de la concurrencia de 3 elementos:

- Exposición previa del sujeto a la administración de POLISORBATO 80 por vía parenteral, ya sea a través de la vacuna adyuvada o de otros fármacos parenterales que lo contengan.
- Estado inmunológico del sujeto no óptimo: avanzada edad, patologías autoinmunes concomitantes, tratamientos inmunosupresores...
- Contagio posterior con una cepa del coronavirus SARS-CoV-2.

Es decir, por sí mismos, ni el polisorbato ni el coronavirus serían capaces de desencadenar la reacción de hipersensibilidad. ...

La hipótesis explicaría hechos observados en la pandemia, tales como los siguientes:

- Diferencias geográficas en cuanto a casos de COVID-19 a nivel mundial, focalizándose en el hemisferio norte (Europa, Estados Unidos, Méjico...), donde se llevó a cabo la vacunación antigripal previa al invierno, mientras en el hemisferio sur era otoño (16).
- Aparición tardía del COVID-19 en Brasil, donde la campaña de vacunación antigripal se inició el 23 de marzo de 2020 (17), y ha venido seguida de un incremento exponencial del número de afectados (18).
- Diferencias geográficas en cuanto a casos de COVID-19 a nivel europeo, donde existen tasas de vacunación antigripal en mayores de 65 años muy bajas en paises de Europa del Este, tales como Estonia, que no alcanza ni el 5%, frente a España, Reino Unido, Francia o Italia, con tasas del 50-60% (19). También existen diferencias en cuanto al acceso a las vacunas. Así, en Estonia, la vacuna antigripal es de pago (20).
- Diferencias geográficas y sociales a nivel nacional, con mayores tasas en residencias y zonas rurales envejecidas, donde la tasa de vacunación es más elevada que en residentes en el domicilio propio y zonas urbanas. Aragón sería un caso emblemático de afectación rural y de residencias, con una casuística superior a la que por su escasa densidad de población le correspondería (21), (22).

Consideramos que ante la gravedad de la pandemia, que ya se ha cobrado más de 400.000 vidas a nivel mundial, la publicación de nuestro estudio podría abrir la puerta a estudios más profundos sobre la hipótesis de le interferencia inmunológica que, en caso de no rebatirla sino confirmarla, pudieran servir como base teórica para cambiar radicalmente la estrategia seguida hasta ahora por las distintas administraciones sanitarias.

(27) Ver informe actualizado. https://drive.google.com/file/d/1IzFNa2NvCsftOpoaUU8oxQQebYNt68wb/view?usp=sharing

* * *

Gráfico Anexo 2A

ASISTENCIA SANITARIA y COVID-19

Datos: 14-15 junio 2020. Fuente: OMS. JHU. redes 5G: ookla 5g map

Europa	T.M./ 1000h	T.L.	índice casos/ 1000h	nº redes 5G red/nº habitantes.	A. S. nº ranking O.M.S
1. Francia	0,438	18,78	2,35	13 4.990.000	1
2. Italia	0,566	14,48	3,92	20 3.015.000	2
3. San Marino	1,240	6,05	20,54	1 34.000	3
4. Andorra	0,660	**5,90**	11,07	0	4
5. Malta	0,020	**1,39**	1,33	0	5
6. España	0,580	11,25	5,21	31 1.522.000	7
7. Austria	0,076	3,96	1,93	145 61.000	9
8. Noruega	0,046	2,80	1,62	9 595.000	11
9. Portugal	0,147	4,10	3,57	9 1.137.000	12
10. Mónaco	0,103	4,04	2,56	4 9.750	13
11. Grecia	0,017	5,88	0,29	4 2.550.000	14
12. Islandia	0,028	**0,55**	5,13	0	15
13. Luxemburgo	0,181	**2,71**	6,69	0	16
14. Países Bajos	0,353	12,39	2,84	938 18.528	17
15. Reino Unido	0,629	14,06	4,47	245 273.000	18
16. Irlanda	0,350	6,74	5,29	21 3.190.000	19
17. Suiza	0,228	5,39	3,57	644 13.350	20
18. Bélgica	0,844	16,07	3,26	88 130.000	21
19. Suecia	0,479	9,34	5,07	13 794.000	23
20. Chipre	0,015	**1,84**	0,82	0	24
21. Alemania	0,106	4,73	2,26	52 1.600.000	25
22. Finlandia	0,059	4,59	1,28	3 1.763.000	31
23. Dinamarca	0,103	4,92	2,13	6 971.000	34
24. Eslovenia	0,053	7,31	0,72	1 2.078.000	38
25. Croacia	0,026	4,75	0,55	3 1.370.000	43
VALOR MEDIO	**0,29**	**6,96**	**3,95**		**nº 17**

Observaciones

- 25 de los 45 países con mejor asistencia sanitaria del mundo se encuentran en Europa.
- La T. Mortalidad europea (0,29) es 537% superior a la mundial (0,054) y su T. L. (6,96) es 125% superior a la mundial (5,56)
- La T. Letalidad de los 5 países sin 5G (rojo) es de 2,48 y la de los 20 países con 5G es 10,77: lo que representa 4,34 veces más.

ASISTENCIA SANITARIA y COVID-19

AFRICA	T.M /1000 h.	T.L	índice	A. S. nº ranking
1. Gambia	0,0004	3,57	0,012	146
2. Uganda	0	0,00	0,017	149
3. Togo	0,0016	2,45	0,067	152
4. Zimbabue	0,0003	1,12	0,025	155
5. Tanzania	0,0004	4,13	0,009	156
6. Djibouti	0,0444	0,92	4,733	157
7. Eritrea	0	0,0	0,037	158
8. Madagascar	0.0004	0,80	0,047	159
9. Guinea	0,0020	0	0,36	161
10. Mauritania	0,0183	4,93	0,467	162
11. Malí	0,0055	5,86	0,093	163
12. Camerún	0,0084	2,80	0,344	164
13. Congo	0,0051	---	0,138	166
14. Namibia	0	0,0	0,014	168
15. Botswana	0,0004	1,66	0,026	169
16. Níger	0,0029	6,73	0,044	170
17. Guinea Ecuatorial	0,0092	0,92	0,997	171
18. Ruanda	0,0002	0,37	0,044	172
19. Sudáfrica	0,0245	2,11	0,044	175
20. Guinea Bissau	0,0840	1,03	0,779	176
21. Esuatini	0,0026	0,62	0,427	177
22. Chad	0,0047	8,49	0,054	178
23. Somalia	0,0059	3,37	0,0171	179
24. Etiopía	0,0005	1,70	0,029	180
25. Angola	0,0002	4,35	0,004	181
26. Zambia	0,0006	0,47	0,078	182
27. Lesotho	0	0,00	0,004	183
28. Mozambique	0,0001	0,36	0,216	184
29. Malawi	0,0003	0,03	0,029	185
30. Liberia	0,0066	7,17	0,092	186
31. Nigeria	0,0021	2,60	0,080	187
32. Rèp. Dem. Congo	0,0013	2,32	0,056	188
33. Rep. Centroafricana	0,0015	0,34	0,440	189
VALOR MEDIO	**0,0071**	**2,21**	**0,298**	**nº 170**

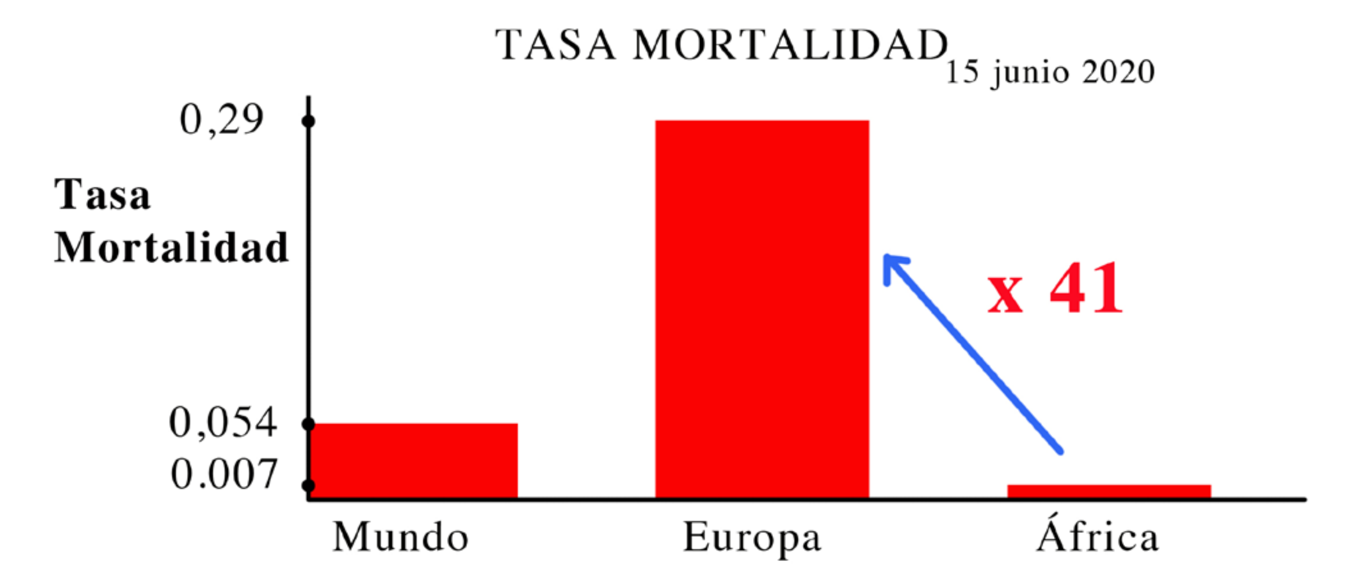
Datos: 14-15 junio 2020. Fuente: OMS. JHU.

Observaciones:

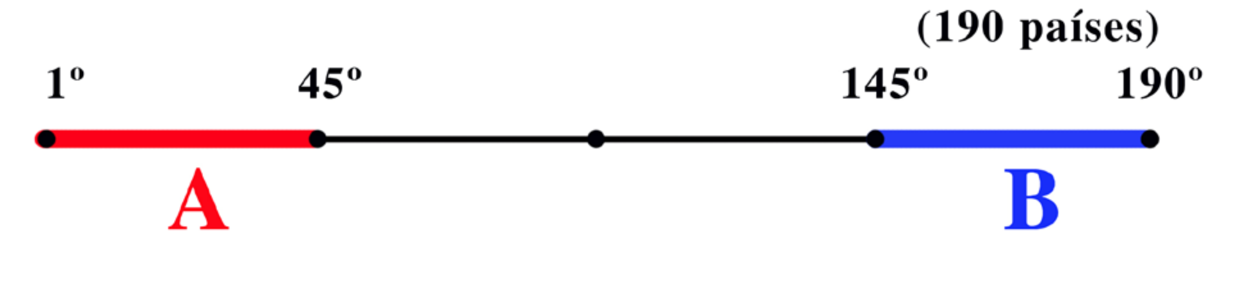
- La Tasa de mortalidad africana es 41 veces menor que la europea
- La Tasa de letalidad africana es 3,14 veces menor que la europea
- El índice (casos/1000h) es 13,25 veces menor que el europeo
- En África hay mucha menos asistencia sanitaria que en Europa

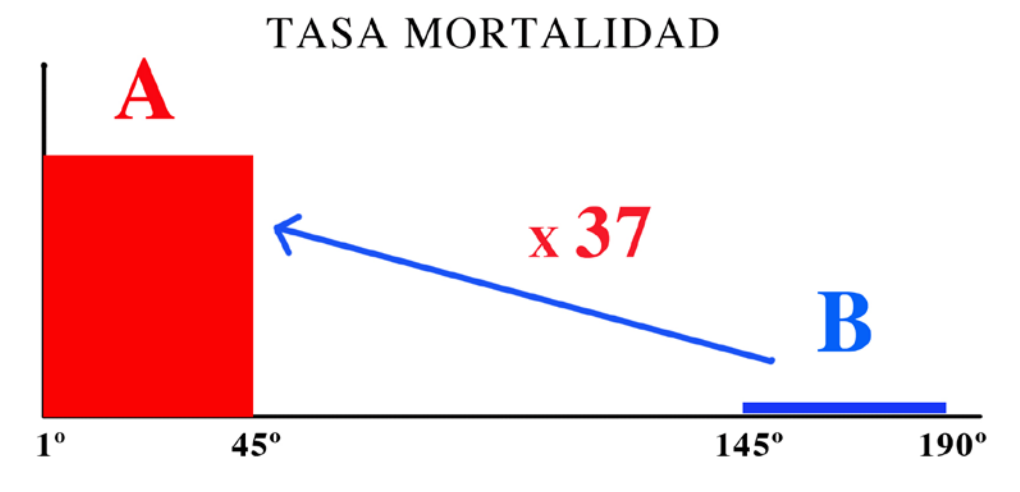
Gráfico Anexo 2 BB

ASISTENCIA SANITARIA - TASA MORTALIDAD



Ranking Mundial Asistencia Sanitaria





AS/CONTINENTE	EUROPA	ASIA	AMERICA	AFRICA	OCEANIA
Mayor TM	28	3	13	1	0
Menor TM	0	12	5	28	0

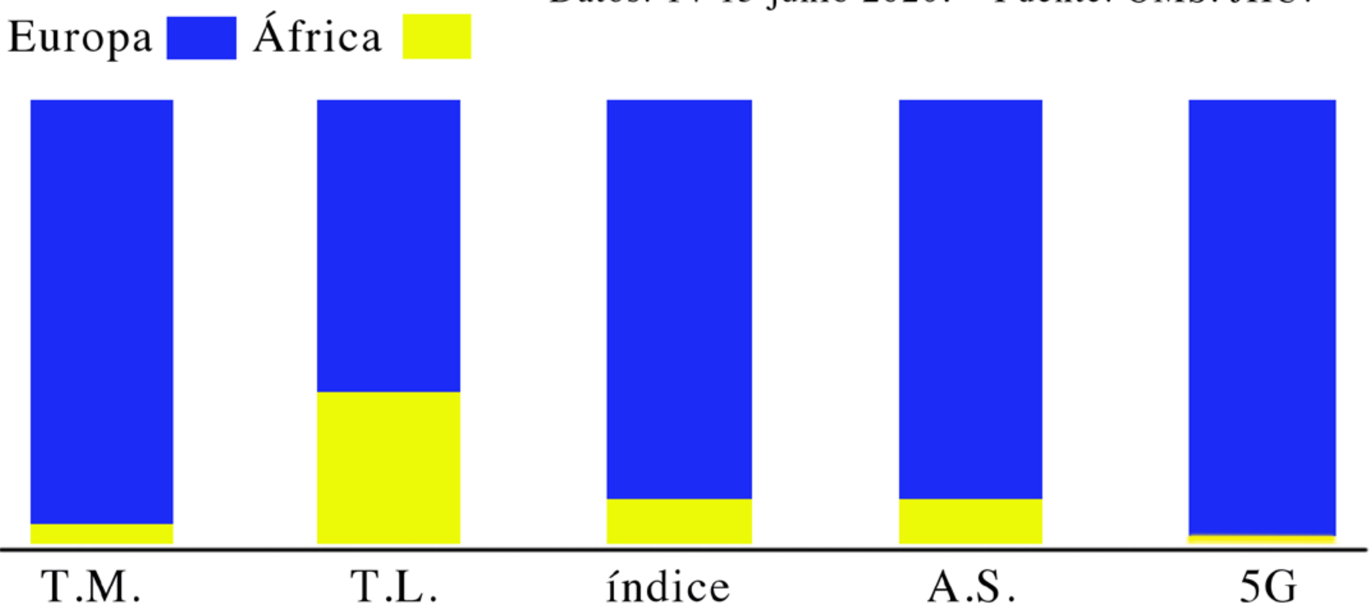
DATOS 14-15 JUNIO 2020

Gráfico Anexo 2C

ASISTENCIA SANITARIA y COVID-19

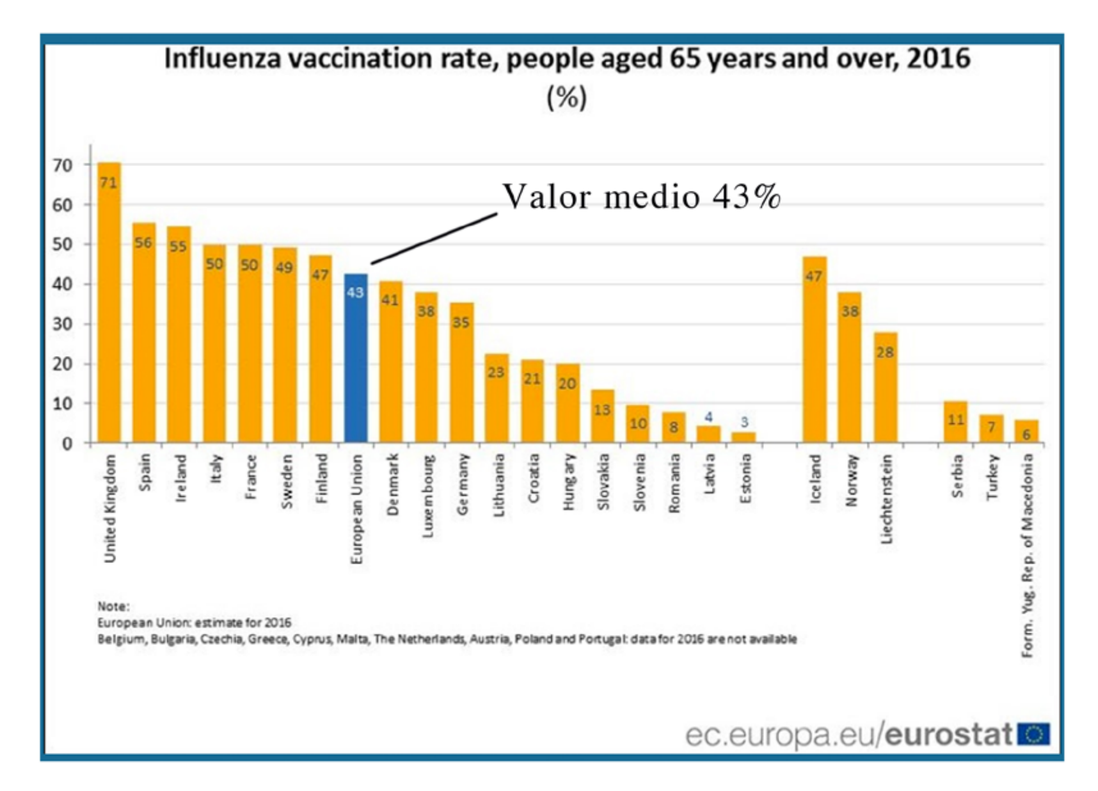
	TM	%	TL	%	índice	%	AS	%	Redes 5G	%
África	**0,007**	2,40%	**2,21**	31,7	**0,30**	7,6	**170**	10	**15**	0,6
Europa	**0,29**	100,00	6,96	100,00	**3,95**	100	**17**	100	**2578**	100,00

Datos: 14-15 junio 2020. Fuente: OMS. JHU.



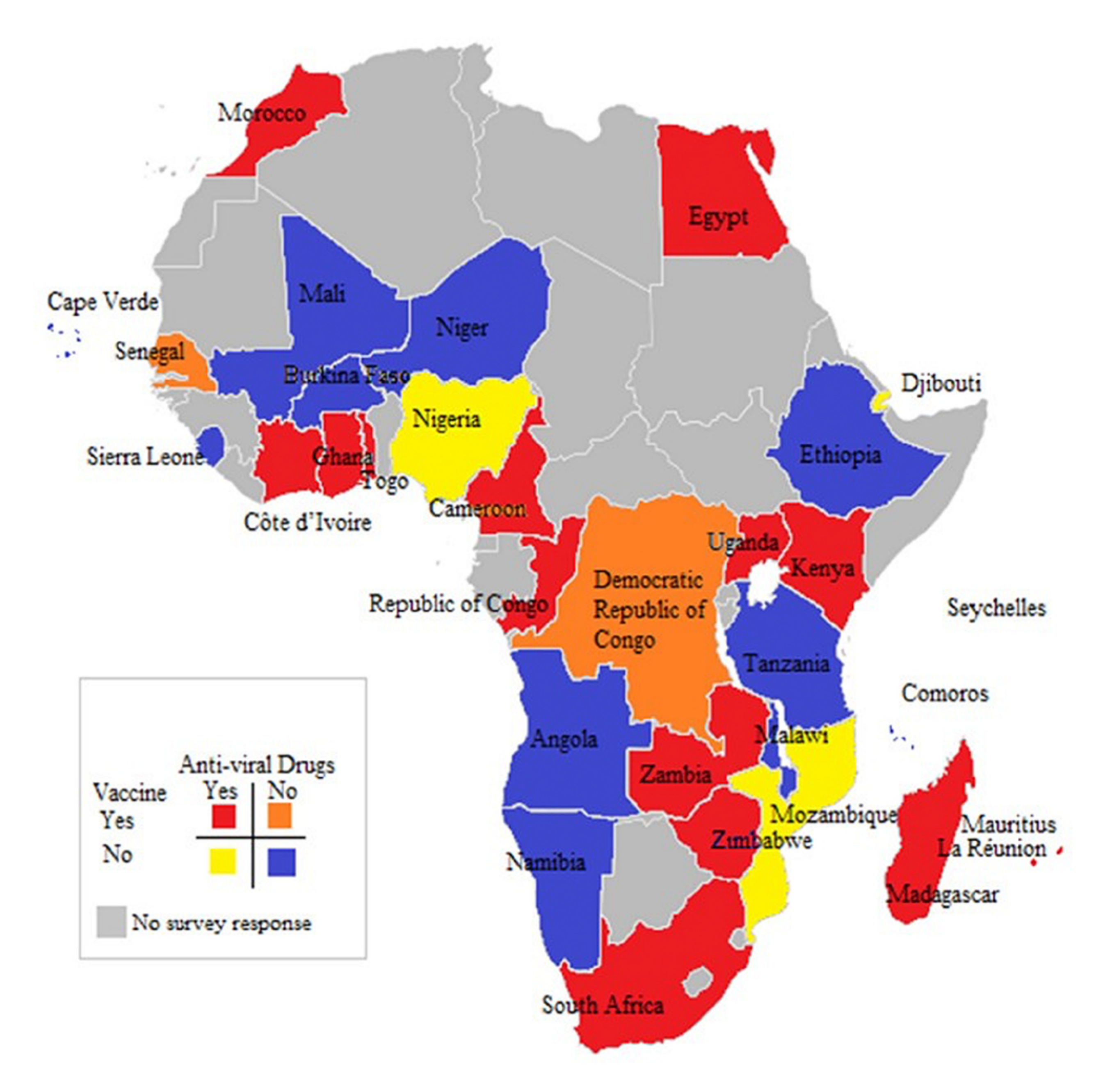
Observaciones

- La Tasa de Mortalidad en Europa es 41 veces superior a la africana
- La Tasa de Letalidad en Europa es 3 veces superior a la africana
- El índice de casos en Europa es 13 veces superior a la africana
- El número de redes 5G en Europa es 172 veces superior a la africana
- La A.S. en Europa es 10 veces superior a la africana (en nº ranking)



% vacunación Europa mayores de 65 años.
2016 ... 43%
2017 ... 44,3%
2018 ... 44,34%

ÁFRICA VACUNACIÓN INFLUENZA

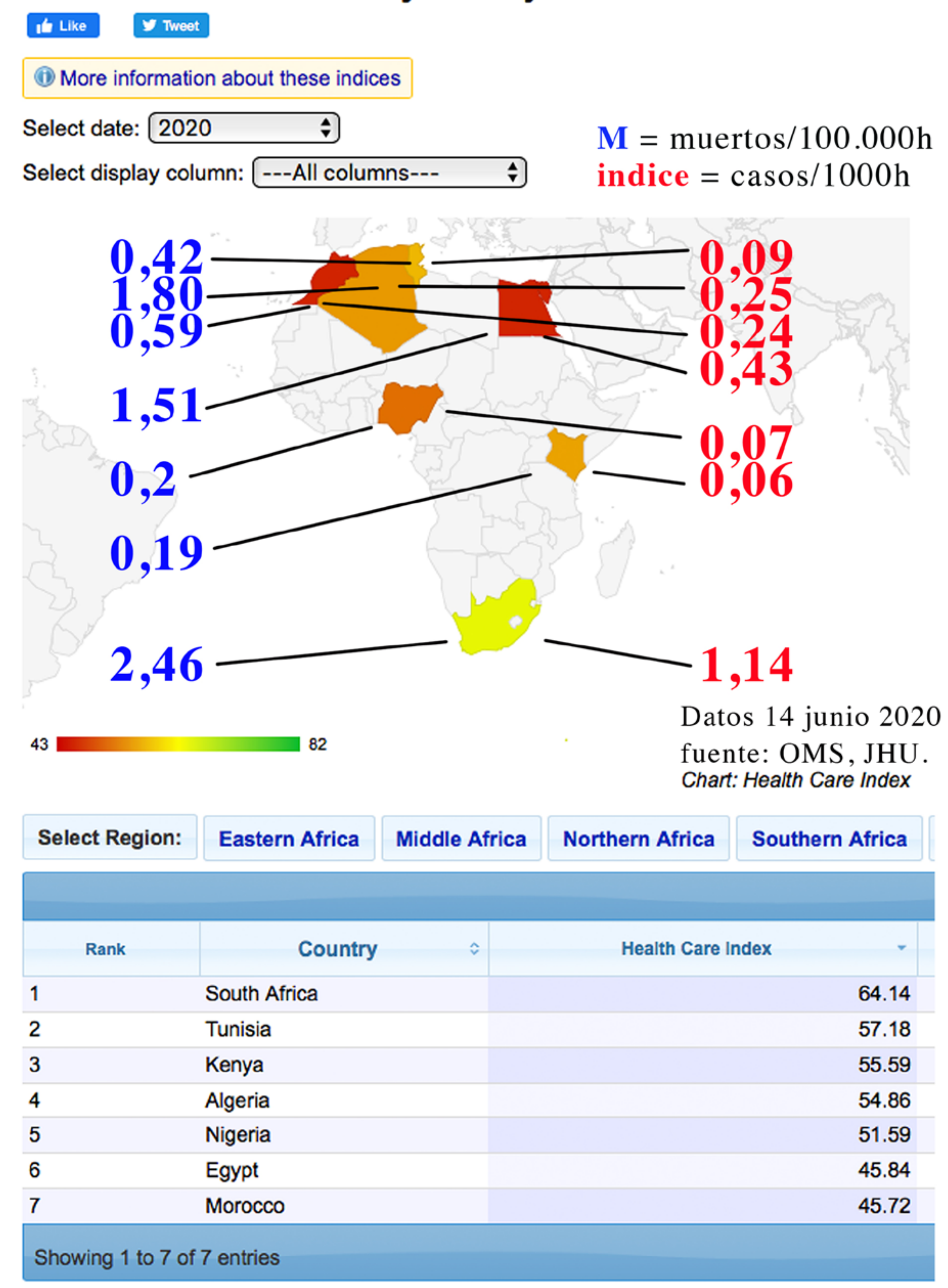


Observaciones

- De 40 países encuestados respondieron 31 (78%); 14/31 (45%) informaron de la disponibilidad de la vacuna. De estos solo 4 disponen de datos.
- La T.M. en Europa (con un 35-45% de cobertura de la vacuna es 41,5 veces superior a la africana.

Gráfico Anexo 2E

ASISTENCIA SANITARIA y COVID-19



Rank	Country	Health Care Index
1	South Africa	64.14
2	Tunisia	57.18
3	Kenya	55.59
4	Algeria	54.86
5	Nigeria	51.59
6	Egypt	45.84
7	Morocco	45.72

Showing 1 to 7 of 7 entries

Observaciones: Sudáfrica, el país
nº 1 en asistencia sanitaria de África
nº 1 en muertes / 100.000 h.de África
nº 1 en casos COVID-19/1000h de África.
nº 1 en nº redes 5G de Africa

VACUNACIÓN, 5G y casos de COVID-19

A

Países	5G	A.S. nº ranking	índice casos/1000h
Portugal	no	12	2,46
Dinamarca	no	34	1,64
Noruega	no	11	1,46
Malta	no	5	0,96
Chipre	no	24	0,72
Eslovenia	no	38	0,69
Polonia	no	50	0,34
Grecia	no	14	0,24
Croacia	no	43	0,51
Chequia	no	48	0,72
Valor medio		**27,9**	**0,974**
Somalia	no	179	0,017
Etiopía	no	180	0,029
Angola	no	181	0,004
Zambia	no	182	0,078
Mozambique	no	184	0,216
Malawi	no	185	0,029
Liberia	no	186	0,092
Nigeria	no	187	0,080
Rep. Dem. Congo	no	188	0,056
Rep. Centroafricana	no	189	0,440
Valor medio		**184**	**0,104**

Datos 1 mayo 2020
ookla 5G map; OMS, JHU.

B

EUROPA Países	% vacunación	índice	T.M.
GRUPO A			
Reine Unido	76,60	4,47	0,629
Países Bajos	64,00	2,84	0,353
Portugal	60,80	3,57	0,147
Irlanda	57,60	5,29	0,350
España	55,70	5,21	0,580
Malta	55,50	1,33	0,020
Italia	52,00	3,92	0,566
Francia	49,70	2,35	0,438
Suecia	49,40	5,07	0,479
Finlandia	47,60	1,28	0,059
Islandia	45,00	5,13	0,028
Luxemburgo	37,61	6,69	0,181
Val. Medio A	**54,30 %**	**4,01**	**0,32**
GRUPO B			
Alemania	34,80	2,26	0,106
Noruega	34,40	1,62	0,046
Hungría	28,80	0,41	0,057
Croacia	23,00	0,55	0,026
Rumania	16,10	1,11	0,071
Lituania	13,40	0,55	0,027
Eslovaquia	13,00	0,72	0,005
Montenegro	12,50	0,52	0,014
Eslovenia	11,80	0,72	0,053
Serbia	11,20	1,75	0,036
Macedonia	6,50	1.87	0,086
Estonia	4,80	1,49	0,052
Val. Medio B	**17,57 %**	**1,09**	**0,05**
Valor Medio	**35,91%**	**2,55**	**0,19**

Datos Eurostat 2019
OMS, JHU.

Observaciones

- Tabla A:

Una vez eliminada la influencia de la 5G, los países con mejor A.S. tienen un índice de COVID-19 que es 9,4 veces superior a los de peor A.S.

- Tabla B:

Los países con mayor tasa de vacunación presentan un índice 3.68 veces más elevado que los menos vacunados; y una TM 6,4 veces mayor.

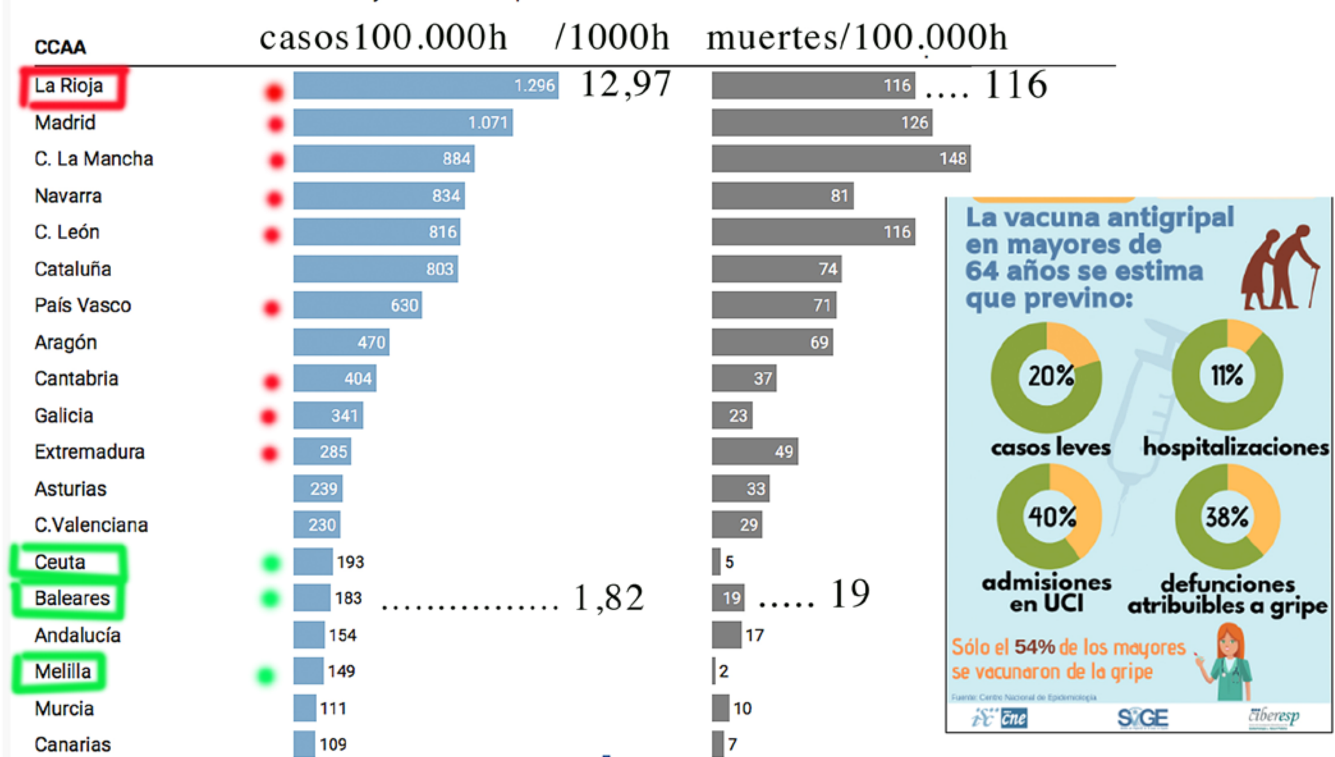
- El Reino Unido (76% vacunación) presenta una TM 12 veces más alta que Estonia (4,8% de vacunación).

VACUNACIÓN – COVID-19. (España)



En **rojo** más % vacunación. La Rioja un 64,6%

En **verde** menor % vacunación: Baleares 41,5%, Ceuta y Melilla



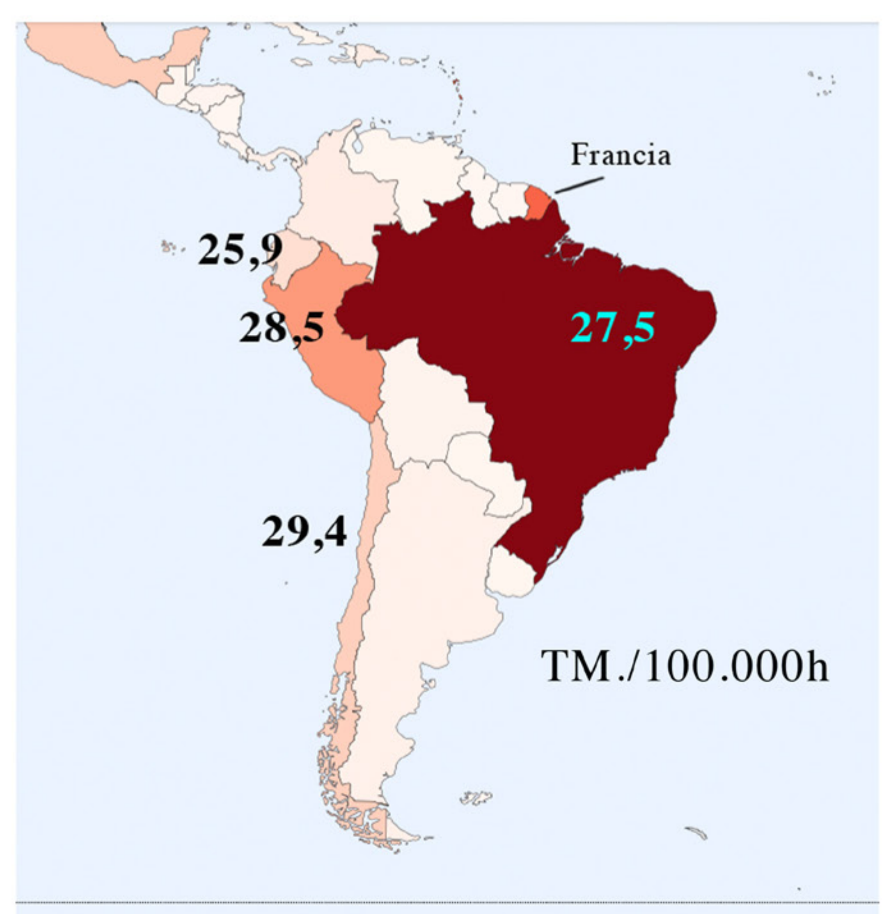
CCAA	casos100.000h	/1000h	muertes/100.000h	
La Rioja	1.296	12,97	116	 116
Madrid	1.071		126	
C. La Mancha	884		148	
Navarra	834		81	
C. León	816		116	
Cataluña	803		74	
País Vasco	630		71	
Aragón	470		69	
Cantabria	404		37	
Galicia	341		23	
Extremadura	285		49	
Asturias	239		33	
C.Valenciana	230		29	
Ceuta	193		5	
Baleares	183	 1,82	19	 19
Andalucía	154		17	
Melilla	149		2	
Murcia	111		10	
Canarias	109		7	

Datos: 26 junio 2020 Fuente: eldiario.es, Ministerio de Sanidad

Observaciones

- Al no disponer de datos de vacunación 2019-2020 utilizamos los resultados de la campaña 2018-2019.
- Las regiones con más % de vacunación presentan más casos y muertes por Covid-19 que las de menos % de vacunación.
- La TM de las 9 comunidades con % de vacunación superior a la media, es 3,45 veces superior a la de de las 3 con menor % de vacunación.
- La Rioja (64,6 % vacunación)presenta 7 veces más casos/1000h que Baleares (41,5 % de vacunación) y 6 veces más muertes/1000h

SUDAMÉRICA, VACUNAS, COVID-19



País	T.M. /1000h	% > 65
Chile	**0,294**	95
Perú	**0,285**	
Brasil	**0,275**	90
Ecuador	**0,259**	
Bolivia	0,085	
Colombia	0,062	
Venezuela	0,027	
Uruguay	0,007	
Argentina	0,001	




水



Cada problema
esconde un regalo